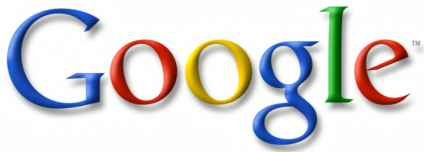
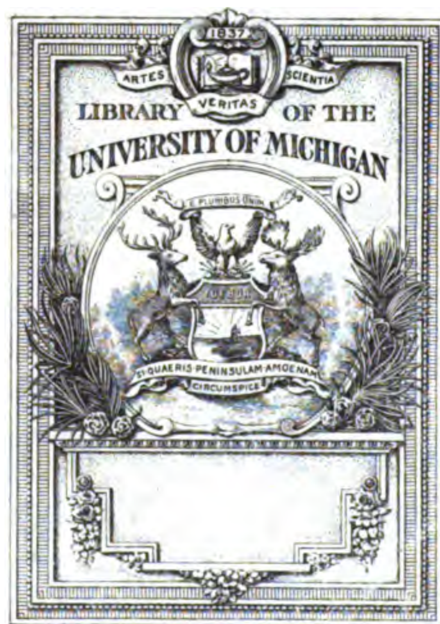
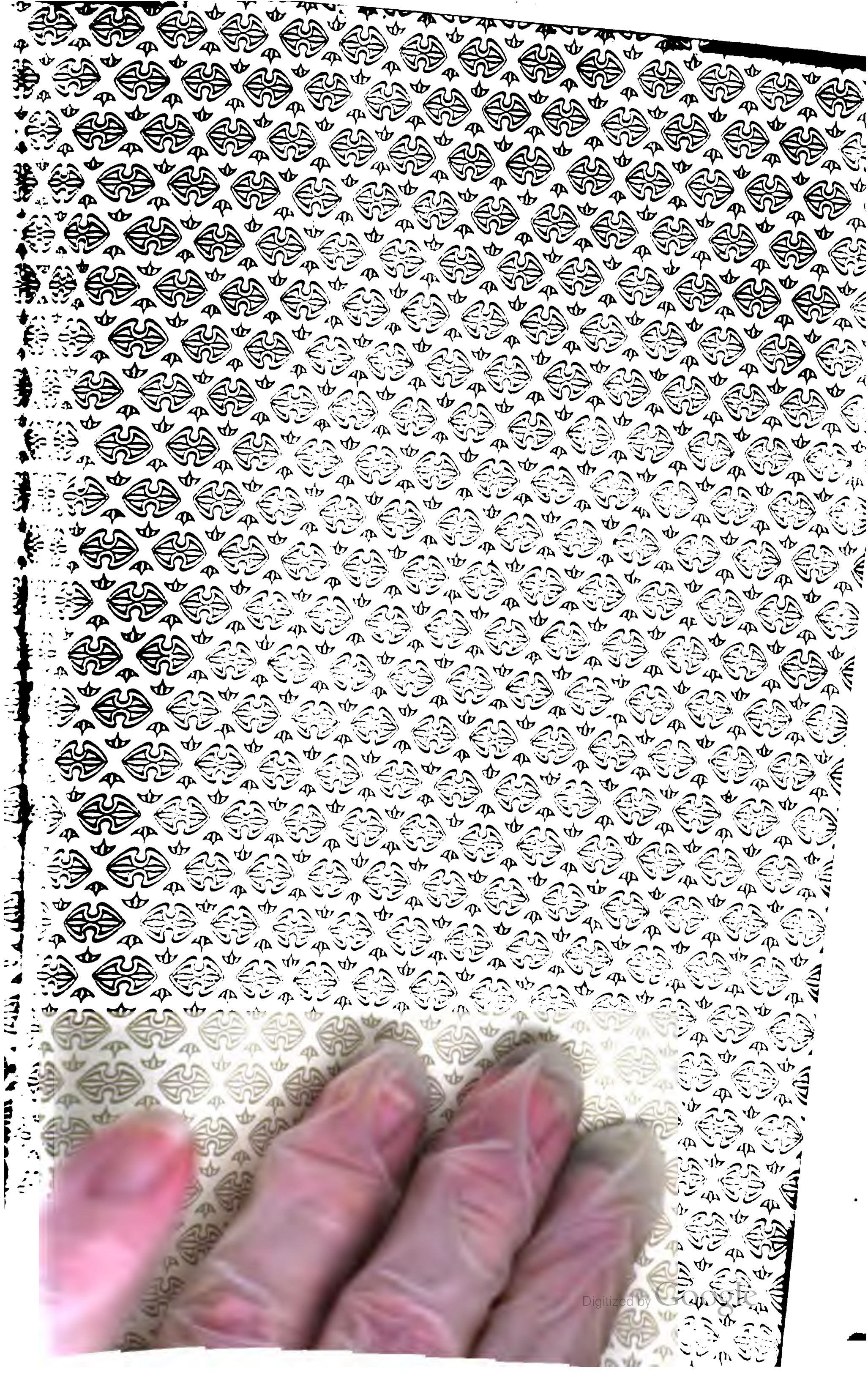





1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

## und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

**L. Bayer** (Brüssel), **O. Chiari** (Wien), **B. Fränkel** (Berlin), **A. Garrod** (London), **Th. Hering** (Warschau), **G. Jonquière** (Bern), **E. Kurz** (Florenz), **G. M. Lefferts** (New-York), **N. Lunin** (St. Petersburg), **P. M'Bride** (Edinburgh), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen),

herausgegeben

von

**FELIX SEMON**

London.

**Dritter Jahrgang.**

(Juli 1886 bis Juni 1887.)

Berlin, 1887.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.





# Inhalt.

## I. Leitartikel.

Seite
Die Stellung der Laryngologie in Italien ... 71
Die Stellung der Laryngologie in Belgien ... 197
Die laryngologische Literatur in den ersten sechs Monaten des Jahres 1886 ... 198
Die Stellung der Laryngologie in der Schweiz ... 229
Die Laryngologie und der internationale medicinische Congress in Washington ... 273
Die Stellung der Laryngologie in Spanien ... 317
Die Stellung der Laryngologie in Scandinavien ... 359
Die Stellung der Laryngologie in Polen ... 421
Die Stellung der Laryngologie in Russland ... 481

## II. Referate.

Ss. 1—26, 33—60, 73—107, 117—144, 159—188, 199—221, 231—258, 279—309, 318—353, 360—410, 422—474, 483—519.

## III. Kritiken und Besprechungen.

**a) Lehrbücher.**

Cresswell Baber, Leitfaden zur Untersuchung der Nase, besprochen von P. M'Bride ... 27
G. Scheff, Krankheiten der Nase etc., besprochen von C. Hopmann ... 67
E. J. Moure, Krankheiten der Nase etc., besprochen von T. Baratoux ... 107
Laryngo-rhinologischer Abschnitt des Pepper'schen „Systems der praktischen Medicin", besprochen von J. N. Mackenzie ... 189
C. J. Sajous, Hals- und Nasenkrankheiten, besprochen von F. J. Knight 221
W. Moldenhauer, Krankheiten der Nase, besprochen von Ph. Schech ... 354
Morell Mackenzie, Hygiene der Stimmorgane, besprochen von Manuel Garcia ... 410

**b) Monographieen und grössere Aufsätze.**

L. Lichtwitz, Störungen der articulirten Stimme. Bericht von E. J. Moure 28
Trautmann, Hyperplasie der Rachentonsille, besprochen von W. Meyer ... 60
F. Massei, Primäres Kehlkopferysipel, besprochen von Ph. Schech ... 109
G. D. Cohen Tervaert, Innervation, Function und Lähmung einiger Kehlkopfmuskeln, besprochen von L. Bayer ... 110
E. Berger und J. Tyrman, Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbeinlabyrinths, besprochen von Ph. Schech ... 144
C. Schumacher, Localisirte Hydrargyrose und ihre laryngoscopische Diagnose. Autoreferat ... 222
M. Lermoyez, Experimentelle Studie über die Phonation, besprochen von E. J. Moure ... 309
G. Hunter Mackenzie, Praktische Abhandlung über das Sputum, besprochen von Cresswell Baber ... 314
Wyss, Ohrcomplicationen der Ozaena, besprochen von G. Jonquière ... 519
C. Haig-Brown, Tonsillitis im Pubertätsalter, besprochen von F. Semon 521

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

**Jahrgang III.** **Berlin, Juli.** **1886. No. 1.**

## I. Referate.

### Vorbemerkung.

Nach den wiederholten Auseinandersetzungen über die Unzugänglichkeit mancher Arbeiten, welche, gepaart mit dringenden Bitten um Zusendung von Separat-Abdrücken etc. an die Redaction und die Mitarbeiter, im Laufe der beiden letzten Jahre in dem Centralblatt veröffentlicht worden sind, wird es unsere Leser nicht Wunder nehmen, dass die Anzahl der Arbeiten, welche in dieser und der folgenden Nummer mit der Bemerkung „Dem Referenten nicht zugänglich“ abgefertigt werden müssen, eine unverhältnissmässig grosse ist.

Zur weiteren Erklärung diene Folgendes: Im Beginne dieses Jahres verglich der Herausgeber des Centralblatts das in demselben bereits erledigte, wie das in seinem Besitz befindliche handschriftliche Material des Jahres 1885 mit den correspondirenden Abschnitten des „Index Medicus“, wie mit den bibliographischen Indices aller anderen laryngologischen Journale. Es stellte sich hiernach heraus, dass Berichte über nicht weniger als 164 Arbeiten fehlten. Der Herausgeber sandte Benachrichtigungen über die Titel und Publicationsstellen der fehlenden Arbeiten an die betreffenden Herren Mitarbeiter mit der Bitte, die bezüglichen Referate so schnell als möglich einzusenden. Wie er den in dieser Angelegenheit gepflogenen Correspondenzen entnimmt, haben die Mitarbeiter keine Mühe gescheut, um die ihnen unbekannt gebliebenen Arbeiten zu erlangen. Mit welchem Resultate: dafür legen die vielen „Dem Referenten nicht zugänglich“ Zeugniss ab, welche in dieser und der nächsten Nummer — die beide hauptsächlich der Erledigung des rückständigen Materials des Jahres 1885 gewidmet sind — die Stelle eines eigentlichen Referats vertreten.

Es ist gewiss bedauerlich, dass solche Lücken vorhanden sind. Dass die Schuld derselben nicht uns trifft — werden unsere Leser nach den obigen Auseinandersetzungen gewiss anerkennen. Jedenfalls halten wir es für unsere Pflicht, wenigstens die Titel und Publicationsorte der betreffenden Arbeiten anzugeben.

**Die Redaction des Centralblatts.**

---







## a. Allgemeines und äusserer Hals.

1) **De Rossi. Ueber die Krankheiten des Nasenrachenraums und des Kehlkopfs. (Sulle malattie del cavo naso-faringes e della laringe.)** *Roma, 1885. Palotta.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

2) **L. H. Ormsby** (Meath). **Chirurgische Nothfälle. (The emergencies of surgery.)** *Med. Press and Circular. 30. September and 7. October 1885.*

In seinen für Studenten bestimmten Vorträgen über Ereignisse, welche promptes chirurgisches Eingreifen erfordern, kommt Verf. auch auf die aus Obstruction der Luftwege erwachsenden Gefahren: Glossitis, Tonsillitis, Oedem des Larynx, Verbrühungen desselben, Fremdkörper in den Luft- und Speisewegen, Wunden des Halses, Tracheotomie bei Croup, Diphtheritis und Laryngitis, Erhängen, Ertrinken, Cellulitis des Halses etc. zu sprechen, und giebt Rathschläge für die Behandlung der genannten Leiden, die in nichts Wesentlichem von den in jedem Lehrbuch der Chirurgie gegebenen Directiven differiren. SEMON.

3) **Cornil** und **Mégnin. Abhandlung über die Tuberculose und Diphtherie bei den Geflügelarten. (Mémoire sur la tuberculose et la diphthérie chez les gallinacés.)** *Journal d'anatomie et de physiologie. 1885.*

Die Autoren geben die Angaben früherer Forscher über die Tuberculose des Geflügels in einer Einleitung wieder und theilen die Ansicht derer, die diese Affection auf die Anwesenheit eines constant vorkommenden Parasiten zurückführen. Nur trete die Affection in zweierlei Form auf: erstens in Form der gewöhnlichen Tuberculose von Leber, Milz, Lungen etc. und zweitens in Form von pseudo-membranösen Auflagerungen im Respirations- und Digestionstractus. Auf nähere Details kann hier nicht eingegangen werden. E. J. MOURE.

4) **Alfred Carpenter** (Croydon). **Gewöhnlicher Catarrh, Canalgas und Anginen. (Common catarrh, sewer air and sore throat.)** *St. Thomas's Hospital Reports. Vol. XIII. 1884.*

Persönliche Erfahrungen hinsichtlich der Einwirkungen der aus einem Canalventilator aufsteigenden Dünste auf die Schleimhäute der Respirationsorgane, welche in wissenschaftlicher Weise verwerthet sind. Der Autor — der sich bei seinen Experimenten stets einen regulären Catarrh der Nase, des Rachens und der Bronchien zuzog — setzte mit Glycerin beschmierte Glasplatten der Einwirkung der aus einem schadhaften Canal nahe seinem Hause stammenden Dünste aus und fand regelmässig bei mikroscopischer Untersuchung des auf den Platten abgesetzten Depositums neben anderen Sporen kleine, von ihm „Cacozymes" getaufte, den Hallier-Cohn'schen Mikroorganismen sehr ähnliche, stark lichtbrechende Organismen, welche kurze Ketten und Zoogloea-gleiche Colonien darstellen. — C. führt verschiedene Epidemien von „Erkältungen", „Anginen" etc. in seiner Nachbarschaft auf directe Einwirkung dieser Canalgase zurück, und entwickelt eine Theorie, derzufolge der Angriffspunkt dieses pathologischen Moments bei verschiedenen Personen je nach dem „Locus minoris resistentiae", der [illegible] eigenthümlich sei, verschieden ist. Dasselbe wird also seiner Meinung nach

bei einem Kranken allgemeinen Catarrh, beim zweiten Tonsillitis, beim dritten Bronchitis, beim vierten typhöse oder infectiöse Pneumonie auslösen. — Der interessant geschriebene Artikel verdient im Original gelesen zu werden. SEMON.

5) **Riehl** (Wien). **Zur Kenntniss des Pemphigus.** Aus dem pathologisch-anatom. Institute des Herrn Prof. Dr. H. Kundrat. *Wiener med. Jahrbücher. 1885.*

R. beschreibt 3 Fälle von „Pemphigus mit hypertrophirendem Blasengrunde" und giebt genaue Details über das anatomische und histologische Verhalten der Eruption. Uns interessirt dabei der Umstand, dass in allen 3 Fällen auch die Schleimhaut des Mundes und Gaumens und einmal der Larynx von der Krankheit ergriffen war. Ja in dem zweiten Falle begann die Erkrankung mit Schlingbeschwerden und Erstickungsanfällen, worauf sich an der Zungen- und Gaumenschleimhaut erbsen- bis bohnengrosse Blasen entwickelten und nach wenigen Tagen solche auch an den Lippen und um den Mund herum auftraten. Erst in den folgenden Wochen kam es zur Blasenbildung am Stamme und den Extremitäten. Die Epiglottis zeigte 8 Wochen nach Beginn der Erkrankung weissbelegte Substanzverluste, der übrige Kehlkopf starke Röthung; der Kranke war aphonisch. Lippen, Zunge, Gaumen und hintere Rachenwand waren fast epithellos, an einzelnen Stellen weiss, an anderen graugelb belegt oder mit dünnem Secrete bedeckt. An der Uvula ein Substanzverlust mit Wulstung der umgebenden Schleimhaut; an der hinteren Rachenwand und über der Platte des Ringknorpels je ein bohnengrosser seichter Substanzverlust.

In ähnlicher Weise waren in den beiden anderen Fällen die Lippen, die Zunge, der Gaumen und Rachen verändert. Alle 3 Fälle kamen zur Section und boten deshalb Gelegenheit zum Studium der histologischen Veränderungen; die Schleimhautpartien wurden noch nicht histologisch untersucht. CHIARI.

6) **Firket** (Lüttich). **Actinomycosis des Menschen und der Thiere. (Actinomycosis de l'homme et des animaux.)** *Revue de médecine. p. 273—320 und p. 433—434. 1884.*

Die Arbeit bespricht in ausführlicher Weise die Actinomycose des Menschen und der Thiere und enthält ein vollständiges Literaturverzeichniss über diesen Gegenstand. — Wir können hier aber nur die sich hierfür Interessirenden auf die Originalarbeit verweisen. E. J. MOURE.

7) **L. Turnbull. Purgirende Mineralwässer bei Ohren-, Hals- und Brustkrankheiten. (Aperient mineral waters in diseases of the ear, throat and chest.)** *Therap. Gaz. Detroit. S. 3. L. p. 521. 1885.*

Der Autor giebt dem „Friedrichshaller" Wasser den Vorzug und hält den regelmässigen Gebrauch eines Mineralwassers besonders bei Allgemeinleiden für vortheilhaft. LEFFERTS.

8) **Arthur Barker** (London). **Zwei Fälle von Angina Ludovici mit Bemerkungen. (Two cases of angina Ludovici; remarks.)** *Lancet. 26. September 1885.*

Der Autor beschreibt die beiden, einfach typischen Fälle sehr ausführlich, hält das Leiden für eine gewöhnlich von irgend einem Substanzverlust im Munde oder Rachen ausgehende, d. h. dort inoculirte, specifische Infectionskrankheit und

empfiehlt frühzeitige Incision in der Medianlinie des Halses mit freier Drainage combinirt mit innerlicher Anwendung von Tonicis und Stimulantien. SEMON.

9) **Lediard** (Carlisle). **Periostitis des Unterkiefers, gefolgt von Cellulitis des Halses, welche einer Angina Ludovici ähnelte; Tod, Autopsie, Bemerkungen. (Periostitis of inferior maxilla followed by cellulitis of the neck, resembling angina Ludovici; death, necropsy, remarks.)** *Lancet. 14. November 1885.*

Die Natur des Falles wird durch den Titel bezeichnet. Wie die Autopsie nachwies, war ausser den periostitischen Veränderungen des Unterkiefers und Infiltration der oberflächlichen Halsgewebe auch Kehlkopfoedem vorhanden. Der Pat. ging während der Chloroformnarcose zu Grunde. Zur Hebung der Asphyxie sollte die Tracheotomie unternommen werden und die Luftwege wurden auch in der That eröffnet, aber, wie die Autopsie nachwies —: durch die linke Hälfte des Schildknorpels hindurch! — — Als mildernder Umstand wird die hochgradige Infiltration der Gewebe geltend gemacht. SEMON.

10) **Albarran. Lymphdrüsencyste des Halses. (Kyste ganglionnaire du cou.)** *Archives de physiologie. No. 6. p. 165—178. 1885.*

A. giebt die genaue histologische Schilderung eines Cystenbalges, der von Campenon unter grosser Schwierigkeit aus der Zungenbeingegend herauspräparirt wurde. Es wurde nach dem mikroscopischen Befunde die Diagnose Lymphdrüsencyste gestellt. E. J. MOURE.

11) **Péschaud. Zum Studium der Aerocelen des Halses. (Contribution à l'étude des aérocèles du cou.)** *Thèse. No. 61. Montpellier, 1884.* Grollier et fils.

Ein genau beobachteter Fall von Aerocele des Halses ist der Ausgangspunkt für eine eingehende Besprechung dieses Gegenstandes.

Der Fall betraf einen 25jährigen Mann, der während seiner Militairdienstzeit, als er mit einem Kameraden eine ungefähr 6 Centner schwere Kanone vom Boden aufheben wollte, plötzlich in der oberen Thoraxgegend ein schmerzhaftes Knacken verspürt hatte und von da ab in der unteren Halsgegend einen kleinapfelgrossen Tumor besass, dessentwegen sowie wegen einer Herzhypertrophie er vom Militairdienste befreit wurde.

Der Tumor erreicht sein grösstes Volumen bei forcirter Extension des Kopfes und bei der Exspiration, während plötzliches Beugen des Kopfes, sowie Inspiration ihn wieder verschwinden lassen. Es gelingt nicht, durch Compression irgend eines Theiles des Kehlkopfes oder der Luftröhre, sein Erscheinen zu verhindern. Schnelles Gehen übt auf dessen Bildung keinerlei Einfluss aus, wohl aber das Singen, welches dessen Auftreten begünstigt.

Seit dem Bestehen der Aerocele klingt die früher klare Stimme des Kranken tiefer (im Anfange der Erkrankung war der Kranke aphon), ferner herrscht seitdem eine grössere Empfindlichkeit der Luftwege und endlich treten im Schlafe nebst Bildung der Halsgeschwulst Suffocationsanfälle auf, die durch Schlucken einiger Flüssigkeitstropfen verschwinden. Aus dieser letzteren Thatsache glaubt P. die Erstickungsanfälle nicht allein auf die bestehende Herzhypertrophie, sondern namentlich auf die excessive Bildung der Aerocele zurückführen zu können,

die auf die Halsgefässe und auf die Athmungsnerven einen erheblichen Druck ausübe und so die Erstickungsanfälle veranlasse. E. J. MOURE.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Vulpian** (Paris). **Untersuchungen, die beweisen, dass der Trigeminus von seinem Ursprunge an vaso-dilatatorische Fasern enthalte. (Recherches prouvant que le nerf trijumeau contient des fibres vaso-dilatatrices dès son origine.)** *Comptes Rendus des séances de l'Academie des sciences. p. 981—983. 16. November 1885.*

Die Untersuchungen wurden an curarisirten Hunden angestellt, bei denen V. den Trigeminus zwischen seinem Austritte aus der Varolsbrücke und dem Eintritte in das Ganglion Gasseri mit schwachem Strome faradisch reizte. Es wurde jedes Mal Röthung der Schleimhaut der Lippen, Wangen, des Zahnfleisches und der Nasenschleimhaut der entsprechenden Seite hervorgerufen. E. J. MOURE.

13) **Dogiel** (Kasan). **Ueber die Drüsen der Regio olfactoria.** *Archiv f. mikroscop. Anatomie. Bd. 26. Heft 1. 1885.*

Der Entdecker der Drüsen der Regio olfact. ist Bowman, weshalb sie auch Bowman'sche Drüsen heissen. Sie stellen nach Bowman, Kölliker, Ecker und M. Schultze einfache, in gerader Richtung liegende, am Ende manchmal gekrümmte Röhrchen oder längliche Säcke dar, deren Länge von der Dicke der Schleimhaut abhängt. Von den Drüsen gehen viele seitliche Ausbuchtungen aus, welche beweisen, dass sie eine Uebergangsform zwischen schlauchförmigen und acinösen Drüsen sind. Die Drüsenkörper bestehen aus grossen Zellen von rundlicher und vieleckiger Form, in welchen eine kleinere oder grössere Anzahl von Pigmentkörnern sich findet. Sie liegen in der ganzen Regio olfactoria, welche sich durch eine deutliche gelbe Farbe auszeichnet; man rechnete sie früher zu den Schleimdrüsen. Verf. beschreibt nun den Bau dieser Drüsen genauer, was im Originale nachzulesen ist; es sei deshalb nur erwähnt, dass nach des Verf.'s Untersuchungen an Hunden, Katzen, Kaninchen der ganze vordere Theil der Nasenscheidewand, ebenso der untere und der Grund der Nasenhöhle keine Bowman-schen Drüsen besitzt; selten finden sie sich jenseits der gelbgefärbten Region; an diesen Stellen aber begegnet man Drüsen, welche eine Uebergangsstufe zwischen schlauchförmigen und acinösen Drüsen darstellen. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass die Bowman'schen Drüsen nicht zu den Schleim-, sondern zu den Eiweissdrüsen zu rechnen seien. SCHECH.

14) **Gegenbauer. Ueber das Rudiment einer septalen Nasendrüse beim Menschen.** *Morphologische Jahrbücher. XI. p. 3. 1885.*

Verf. glaubt, dass das von Kölliker als Jacobson'sches Organ gedeutete Gebilde beim Menschen als ein Rudiment einer auch bei Prosimiern in der Nasenscheidewand vorkommenden ansehnlichen Drüse von acinösem Bau anzusehen sei, zumal das fragliche Organ über dem Jacobson'schen Knorpel liege, während dasselbe bei dem Säugethiere von dem Knorpel umgeben sei. — Die Details lese man im Original. SCHECH.

15) **Laguesse. Studie über den Ursprung des Sinus maxillaris und seiner Drüsen beim Embryo. (Note sur l'origine du sinus maxillare et de ses glandes.)** *Société de biologie de Paris. Sitzung vom 7. November 1885.*

War dem Ref. nicht zugänglich. E. J. MOURE.

16) **Paulsen** (Kiel). **Ueber die Richtung des Einathmungsstromes in der Nasenhöhle.** *Mittheilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer Aerzte. 15. März 1885.*

Ausgehend von früheren Versuchen, durch welche Verf. nachgewiesen hatte, dass sowohl der Einathmungs- als Ausathmungsstrom in der Nase in ihrer Hauptmasse am Nasenrücken aufwärtssteigend unter dem Dache der Nasenhöhle entlang nach hinten ziehe, um dann wieder bogenförmig nach unten abzufallen, setzte Verf. diese Experimente mit einer neuen genaueren Methode fort. Während er früher zum Nachweise der Richtung der Luftströme rothes Lakmuspapier in die verschiedenen Theile der Nase brachte und sie dann durch Ammoniakdämpfe blau färbte, umgab er jetzt die passend präparirten Schädel mit einer Luft, die mit Dämpfen von Osmiumsäure geschwängert war, wodurch die Papiere braun gefärbt wurden. Das Resultat war dasselbe wie bei den früheren Untersuchungen; namentlich zeigte der untere Nasengang an sämmtlichen drei Köpfen keinerlei Färbung, die untere Grenze derselben ragte nirgends über die Mitte der unteren Muschel herab. SCHECH.

17) **Klamann** (Luckenwalde). **Capselcoccen im Nasensecret bei Ozaena.** *Allgem. med. Central-Zeitung. No. 67. 1885.*

Kurze Beschreibung einer Art von Coccen, die sich in einem Falle von Ozaena fanden. B. FRAENKEL.

18) **Abeille. Ozaena der Kindheit, die durch 14 Jahre allen Behandlungsmethoden widerstanden hatte, erfolgreich mit dem Glüheisen behandelt. (Punaisie d'enfance, ayant résisté à tous les traitements, depuis 14 ans, traitée avec succès par le fer rouge.)** *Cuorrier méd. XXXV. p. 448. 1885.*

Unzugänglich. E. J. MOURE.

19) **Chiari** und **Riehl** (Wien). **Das Rhinosclerom der Schleimhaut.** Klinische Studie. *Prager Zeitschrift für Heilkunde. Bd. VI. Heft 4 u. 5. 1885.*

Nach kurzer Besprechung der Literatur folgen die Krankengeschichten von 12 Fällen, welche entweder nur von den Verff. oder zugleich von anderen Autoren beobachtet wurden und theilweise schon veröffentlicht waren. Auf diese und 25 Fälle der Literatur gestützt gaben die Verff. ein Bild des Verlaufes dieser Erkrankung an der Schleimhaut.

Der Beginn des Rhinoscleroms überhaupt ist meist an der Schleimhaut des Rachens, der Nase und manchmal des Kehlkopfes zu suchen. In der Nase und an der hinteren Velumfläche bilden sich vorzugsweise Knoten, im Isthmus pharyngis flache Infiltrate und im Kehlkopfe subglottische Wülste. Die Rückbildung erfolgt durch Verschrumpfung, Zerfall tritt nur oberflächlich, besonders gerne an den Knoten ein und kann zur Verwachsung der Nasenräume und der hinteren Velumfläche mit der Rachenwand führen, Der Kehlkopf war in 9 Fällen betheiligt, die Lippen, das Zahnfleisch und die Luftröhre nur selten ergriffen. Die

Differentialdiagnose gegen Syphilis, Lupus und Carcinom wird genau erörtert; gegen die chronische Blennorrhoë (Störk's) ist die Abgrenzung sehr schwer, weil histologisch beide Processe gleich sind. Die Therapie besteht in Aetzungen und Exstirpationen, ist aber selten von nachhaltigem Erfolge begleitet wegen der starken Neigung zu Recidiven. Details sind im Originale nachzulesen. CHIARI.

20) **O. Chiari** (Wien). **Rhinologische Casuistik.** *Wiener medicin. Wochenschrift. No. 46 u. 48. 1885.*

I. Ein Fall von Rhinolithiasis. Steinbildung um einen vor 10 Jahren in die Nase gelangten Metallknopf. Extraction nach Zertrümmerung einzelner Fortsätze des Concrementes. Literatur von 50 Fällen.

II. Membranöser Verschluss beider Choanen. Angeborene Membranbildung, welche die Choanen einer 70jährigen Dame fast völlig verlegte. Herstellung einer fingerdicken Lücke links und einer federkieldicken rechts mit Hülfe des Galvanocauters. Weitere Operation wurde nicht gestattet.

AUTOREFERAT.

21) **Schwitzer** (Szered. Ungarn). **Cocaïn bei Extraction fremder Körper aus der Nase.** *Wiener med. Presse. No. 38. 1885.*

S. entfernte eine Fisole aus der Nase eines 6jährigen Mädchens, nachdem er in die Nase der widerspänstigen Kleinen eine 3proc. Cocaïnlösung mit Hülfe eines Federbartes eingebracht hatte. CHIARI.

22) **M. Salm. Postnasaler Catarrh. (Post-nasal catarrh.)** *Trans. Texas Medic. Assoc. XVII. p. 331. 1885.*

S. wiederholt die allgemein acceptirten Lehren betreffs des postnasalen Catarrhs und dessen Behandlung. Er ist der Ansicht, dass die medicamentösen Sprays und Dämpfe bestenfalls nur Palliativmittel sind. Er glaubt, dass dieses Leiden relativ selten werden würde, wenn man in jedem Haushalt allgemein die postnasale Douche anwenden würde. LEFFERTS (MORGAN).

23) **Baratoux** (Paris). **Betrachtungen über hartnäckige Rachenentzündungen. (Considérations sur les pharyngites rebelles.)** *Revue médec. franç. et etrang. No. 50. 12. déc. 1885.*

Kurze Bemerkung über die von Tornwaldt beschriebenen Erkrankungen der Bursa pharyngea. E. J. MOURE.

24) **Fabre. Ueber die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. (Des végétations adénoides du pharynx nasal.** *Thèse Montpellier. 1. August 1885.*

Die These enthält eine kurze übersichtlich gehaltene Darstellung obigen Gegenstandes, in welcher namentlich die Arbeiten Tedenat's Berücksichtigung finden. — Nichts von Belang. E. J. MOURE.

25) **J. Cowling. Taubheit, bedingt durch adenoide Vegetationen. (Cophosis resulting from adenoid vegetations.)** *Trans. Texas Med. Assoc. XVII. p. 347—350. Austin 1885.*

C. ist der Ansicht, dass eine Vergrösserung der Pharynx- oder dritten Tonsille wohl eine Schwächung des Gehörs, aber niemals einen vollständigen Verlust

desselben herbeiführen kann. Er bespricht die chirurgischen Methoden, welche allgemein zur Exstirpation des adenoiden Gewebes aus dem Pharynxgewölbe angewendet werden. Von der medicamentösen Behandlung verspricht er sich wenig Nutzen. LEFFERTS (MORGAN).

26) **Heurtaux. Nasenrachenpolyp; Exstirpation. Tod einen Tag nach der Operation. Obduction. (Polype naso-pharyngien; exstirpation. Mort le lendemain d'opération. Autopsie.)** *Soc. anat. de Nantes. — Gaz. méd. de Nantes. 9. August 1885.*

Der Fall betraf einen jungen Mann von 17 Jahren. Der Tumor, der namentlich in die Nasenhöhle hineinwucherte, wurde durch die Nase entfernt. Er zeigte sich sehr adhärent an der äusseren Nasenwand und an der Schädelbasis, und es gelang nur nach kräftigem Anziehen, ihn auszureissen. Es folgte eine heftige Blutung. Tod unter apoplectischen Erscheinungen. Bei der Obduction fand man Usur der Schädelbasis und Haemorrhagie unter die Pia mater. E. J. MOURE.

27) **Sentinon. Neue Operation von Nasenrachenpolypen.** *Gac. med. Catalana. 15. August 1885.*

Dem Ref. nicht zugängig. KISPERT.

28) **H. Holbrook Curtis. Eine neue schneidende Zange für den hinteren Nasenraum mit einem instructiven Fall von adenoidem Tumor. (A new post-nasal cutting forceps with illustrative case of adenoid tumor.)** *New-York Medical Record. 17. Oct. 1885.*

Die Zange ist nach dem Princip der Thomas'schen doppelten Uterincurette construirt. Die scharfen Ränder sitzen rings um die Oeffnung, die Branchen nähern sich, sobald das Instrument geschlossen wird. LEFFERTS.

29) **Ziem (Danzig). Zur Anwendung des Gaumenhakens.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1885.*

Verf. hält den Gaumenhaken für ein unentbehrliches Instrument zur Untersuchung des Nasenrachenraumes und wundert sich, dass derselbe von manchen Specialisten nicht angewendet wird, während Chirurgen von Fach, wie König und Hueter, die Vortrefflichkeit des Instrumentes schon längst anerkannt hätten. Verf. sagt, mittelst des Gamenhakens käme man fast immer zum Ziele, man könne grössere Spiegel anlegen und sogar mit diffusem Tageslicht untersuchen.

Auffallend sei die Thatsache, dass Patienten, welche mit Hypertrophie der Muschelenden behaftet seien, bei Anlegung des Hakens sofort freier durch die Nase athmen könnten, therapeutisch liesse sich jedoch dies nicht verwerthen. SCHECH.

## c. Mundrachenhöhle.

30) **Vulpian (Paris). Untersuchungen über die Functionen des Wrisberg'schen Nerven. (Recherches sur les functions du nerf de Wrisberg.** *Comptes Rendus des séances de l'Académie des Sciences. p. 1037—1042. 23. November 1885 und p. 1447—1448. 28. December 1885.*

V. stellt folgende Sätze auf:

1. Der Wrisberg'sche Nerv übt eine vasodilatatorische Wirkung nicht nur auf die Unterkieferdrüse und die Zungenschleimhaut, sondern auch auf das Gaumensegel aus und zwar durch den aus dem Ganglion geniculi stammenden Petrosus superficialis major.

2. Der Wrisberg'sche Nerv steht durch Vermittelung des Petrosus superficialis major auch der Geschmacksempfindung des Gaumensegels vor.

Ersterer Satz wurde durch faradische Reizung des Facialis in der Schädelhöhle bei einem curarisirten Hunde nachgewiesen. Zur Stütze des zweiten Satzes führt V. die Krankengeschichte eines Mannes an, der neben einer Hemiparese der linken Seite (das Gesicht ausgenommen) mit Hemihypaesthesie der ganzen linken Körperhälfte eine unvollständige Facialparalyse rechterseits darbot. Bei diesem Kranken war die Geschmacksempfindlichkeit an der vorderen Partie der rechten Zungenhälfte vermindert, an der hinteren Partie erhalten und wieder vermindert an der rechten Hälfte des Velum.

Bei der Obduction fand man eine kleine haselnussgrosse Geschwulst von der Textur eines Gummiknotens, die den oberen Antheil der rechten Hälfte des verlängerten Markes einnahm und sich nach oben unter dem Boden des 4. Ventrikels bis in die unmittelbare Nachbarschaft des wahren Ursprungs des rechten Facialis erstreckte. Dieses Neoplasma musste die intrabulbären Facialisfasern (bei der mikroscopischen Untersuchung zeigten sich nur einige wenige Fasern alterirt) comprimiren und unter Einfluss dieser Compression hatte sich eine Paralyse eines Theils des rechten Facialis und eine unvollständige Paralyse der rechten Corda tympani entwickelt. Ausserdem hatte der Tumor durch Druck auf die centrifugalen und centripetalen Fasern des verlängerten Markes die Hemiparese und Hemihypaesthesie der linken Körperhälfte veranlasst. E. J. MOURE.

31) **Wertheimer. Rolle des absteigenden Zweiges des Hypoglossus. (Rôle de la branche descendante de l'hypoglosse.)** *Société de biologie de Paris. 9. Mai 1885.*

War dem Ref. nicht zugänglich. E. J. MOURE.

32) **Vulpian** (Paris). **Untersuchungen über die wahre Abstammung der secretorischen Nerven der Nuck'schen Speicheldrüse und der Lippenspeicheldrüsen des Hundes. (Recherches sur la provenance réelle des nerfs sécréteurs de la glande salivaire de Nuck et des glandes salivaires labiales du chien.)** *Compt. Rendus des seances de la Académie des Sciences. p. 1448—1453. 28. December 1885.*

Experimentelle Untersuchungen am curarisirten Hunde, bei denen V. den Trigeminus, Facialis und Glossopharyngeus in der Schädelhöhle faradisch reizte, ergaben, dass für obengenannte Drüsen ebenso wie für die Parotis der Glossopharyngeus durch den Jacobson'schen Nerven die secretorischen Fasern abgebe. Die Details müssen im Originale nachgesehen werden. E. J. MOURE.

33) **Molènes. Drei Fälle von arealer Desquamation der Zunge. (Trois cas de desquamation en aires de la langue.)** *Soc. clinique de Paris. 12. Nov. 1885. — Françe méd. No. 145. 10. Dec. 1885.*

Diese drei Fälle von epithelialer Glossitis waren bei „arthritischen" Individuen während heftiger dyspeptischer Anfälle aufgetreten und ohne Spuren zu

hinterlassen wieder verschwunden. Behandelt wurden sie mit Vichywasser innerlich und mit Emollintien und alcalischen Flüssigkeiten als Gurgelwasser.

Verf. macht auf die Unzahl von Bezeichnungen dieser Affection aufmerksam, wie: landkartenartige Zunge (Bergeron), Excoriatio lingualis (Moeller), getigerte Zunge (Bridon), Desquamatio epithelialis linguae (Gautier), geränderte exfoliative Glossitis (Tournier und Lemonnier) etc. etc. E. J. MOURE.

34) **Labroue.**
35) **Laveran.** } **Acute Glossitis. (Glossite aiguë.)** *Arch. de méd. et pharm. mil. VI. p. 57—65. 1885.*

War dem Ref. nicht zugänglich. E. J. MOURE.

36) **Piéchand** (Bordeaux, Clinique Lanelongue). **Ueber zwei Fälle von Ulcerationen der Zunge. (Sur deux cas d'ulcérations de la langue.)** *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. No. 50. 13. December 1885.*

Der erste Fall wurde als syphilitisches Zungengeschwür angesehen, wiewohl die Anamnese keine Initialsymptome bot.

Der zweite Fall war ein ulcerirtes Epithelial-Carcinom.

Es wird noch kurz die Geschichte eines dritten Falles berührt, in welchem Lanelongue (Bordeaux) ausser syphilitischen Geschwüren, die bei entsprechender Behandlung schwanden, an der Zungenspitze noch ein kleines Geschwür sah, das bestehen blieb und den Beginn eines Epithelioms bildete. E. J. MOURE.

37) **R. S. Skirwing. Ueber die Behandlung bösartiger Erkrankungen der Zunge. (On the treatment of malignant disease of the tongue.)** *Australasian Medical Gazette. IV. p. 111—114. 1884—1885.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEMON.

38) **Herbert Page** (London). **Excision der Zunge wegen Epithelioms. Genesung. (Excision of the tongue for epithelioma; recovery.)** *Lancet. 22. August 1885.*

Sehr ausführliche Beschreibung der nach prophylaktischer Tracheotamie mittelst des Ecraseurs ausgeführten Operation. Nichts Besonderes. SEMON.

39) **Mayo Collier** (London). **Entfernung der Zunge und des Mundbodens wegen ausgebreiteten Epithelioms. (Removal of the tongue and floor of the mouth for extensive epithelioma.)** *Lancet. 22. August 1885.*

Detaillirte Beschreibung der nach der Czerny'schen Methode erfolgreich ausgeführten Operation. Die Vortheile, welche der Verf. dieser Methode nachrühmt, müssen im Original nachgelesen werden. SEMON.

40) **R. F. Tobin** (Dublin). **Ein Fall von Entfernung der Zunge. (A case of removal of the tongue.)** *Medical Press and Circular. 2, Sept. 1885.*

Nach prophylaktischer Tracheotomie wurde die Zunge eines 65jährigen Mannes wegen Epithelioms nach der Kocher'schen Methode entfernt. In der Nacht nach der Operation hustete Patient die Canüle aus, und starb kurz darauf, obwohl dieselbe wieder eingeführt wurde, anscheinend an Erstickung. Tobin ist geneigt, den Tod darauf zurückzuführen, dass erbrochene Flüssigkeit die im Pharynx und Larynx behufs Tamponade dieser Theile zurückgelassenen Schwämme

durchsickert habe, in die Trachea gedrungen sei und dort Hustenreiz erzeugt habe, der zur Ausstossung der Canüle führte. Ein weiteres Eindringen von Flüssigkeit sei erfolgt, als diese Schwämme entfernt wurden, und habe den Tod des Patienten zur Folge gehabt. SEMON.

41) **A. Courtade. Ueber papillomatöse Polypen des Gaumensegels. (Des polypes papillomateux du voile du palais.)** *Thèse. 5. Dec. 1885.* **Paris. A. Parent.**

Sieben theils persönlich beobachtete theils von Poyet und Baratoux dem Autor mitgetheilte Fälle sind der Ausgangspunkt obiger These, in welcher Aetiologie, Symptomatologie und pathologische Anatomie der Polypen des Gaumensegels erläutert werden. — Zum Schlusse werden noch einige Beobachtungen aus der Literatur zusammengestellt. E. J. MOURE.

42) **Bruch** (Algier). **Papillo-adenom des harten Gaumens. (Papillo-adénome de la voûte palatine.)** *Soc. de chirurgie. 16. December 1885.*

Bericht über den Fall mit genauem histologischem Befunde. E. J. MOURE.

43) **Schmiegelow** (Kopenhagen). **Pseudofremde Körper und andere perverse Sensationen im Schlunde. (Psevdofremmede Legemer og andere perverse Fornemmelser i Svaelget.)** *Ugeskrift for Laeger. p. 570. 12. Decbr. 1885.*

In seiner Arbeit macht der Verf. darauf aufmerksam, dass die perversen Wahrnehmungen am häufigsten auf ganz localisirte, pathologisch veränderte Parthien der Schlundschleimhaut (durch Absondirung) zurückgeführt werden können. Es ist besonders von den „Seitenfurchen" aus (von den da eventuell anwesenden Granulationen und Hypertrophien), dass diese perversen Sensationen ausgelöst werden, sehr selten dagegen von den übrigen Stellen im Pharynx, ohne dass Verf. doch verneinen will (er hat davon mehrere Exempel gesehen), dass Granulationen auf der Hinterwand des Schlundkopfes auch bisweilen perverse Sensationen auslösen können.

Als sehr bemerkenswerth und in practischer Beziehung als sehr wichtig ist folgendes Verhalten dieser perversen Sensationen anzusehen, dass die perversen Sensationen, die von pathologischen Zuständen der Pharynxschleimhaut in der Höhe der Uvula ausgehen, von den Patienten selbst, beinahe immer im Niveau der Cartilago thyreoidea, oder selbst auch tiefer, der Cartilago cricoidea gefühlt werden. Dies hängt mit einer sehr wenig entwickelten Localisationsfähigkeit der Schleimhaut des Schlundkopfes zusammen. Ueber dieses Factum hat Verf. wenig oder nichts in der Literatur gefunden, und doch ist es sehr wichtig, dies zu wissen, weil der Arzt sonst nicht verstehen kann, dass Sensationen von Seiten des Kehlkopfes nicht immer ein Ausdruck einer Larynxkrankheit, sondern oft die Folge sehr begrenzter pathologischer Processe im Pharynx im Niveau der Uvula sind und demgemäss behandelt werden müssen. AUTOREFERAT.

44) **E. Hoffmann** (Zwickau). **Ein dreifach getheilter Pharynx.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 28. 1885.*

Beschreibung eines Falles von Syphilis, in welchem sich neben Verwachsung des Velum palatinum 1) eine derbe, dicke Membran zwischen Zunge und Pharynx

**fand,** die das Cavum pharyngo-orale bis auf eine kleine Oeffnung nach unten abschloss und 2) eine Verwachsung der unteren Pharynxwände. Die beiden unteren Verwachsungen wurden mit dem galvanocaustischen Messer glücklich operirt.

B. FRAENKEL.

45) **Wm. B. Wood** (New-York). **Aufhebung eines Pharynxverschlusses durch wiederholte Operationen am weichen Gaumen. (Restoration of the closed Faucial aperture by repeated operations upon the soft palate.)** *Archives of otology. Vol. XIV. No. 23. New-York. Juni, September 1885.*

Das Velum war bis auf eine kleine Oeffnung hinter der Uvula mit der hinteren Pharynxwand verwachsen, wahrscheinlich in Folge von Angina bei Scharlach. Die Trennung der Adhaesionen und eine deutliche Besserung der Sprache und Stimme wurde durch eine Reihe kleiner Operationen (250 Sitzungen während 14 Monaten) und Uebungen eines Sprachlehrers herbeigeführt. LEFFERTS.

46) **H. A. Hare. Ein ungewöhnlicher Fall von Pharynxfistel. (An unusual case of pharyngeal fistula.)** *Philadelphia Med. News. 14. Nov. 1885.*

Ein 5jähriges Kind, welches in Folge eines Falles auf den Kopf eine Affection der Halswirbel hatte, bekam einen Abscess an der rechten Seite des Halses in der Nähe des Sternocleidomastoideus. Dieser Abscess nahm an Umfang zu, öffnete sich schliesslich spontan und entleerte reichlichen Eiter. Kaum hatte die Entleerung des Eiters sistirt, als die Mutter bemerkte, dass ein Theil der Nahrung, welche das Kind zu sich genommen hatte, wiederholt durch die Oeffnung am Halse herauskam. Sie constatirte, dass die Nahrung nicht constant, sondern in verschiedenen Intervallen zum Vorschein kam. Die Lage der äusseren Oeffnung, ungefähr 4,5 Ctm. unterhalb des Kieferwinkels, schien darauf hinzuweisen, dass es mehr ein postpharyngealer als postoesophagealer Abscess sei. Die innere Oeffnung des Fistelganges konnte nicht entdeckt werden, und man musste annehmen, dass sie im Oesophagus liege. LEFFERTS.

## d. Diphtheritis und Croup.

47) **Coriveaud. Klinische und epidemiologische Studie über einige in Blaye beobachtete Fälle von Diphtherie. (Etude de clinique et d'épidemiologie sur quelques cas de diphthérie observée à Blaye.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 31. p. 333—336. 1885.*

Es wird der Verlauf einer Diphtherie-Epidemie in Blaye, einem bisher von der Diphtherie nur wenig heimgesuchten Orte, beschrieben. E. J. MOURE.

48a) **Roger. Diphtheriestatistik des Hospitals Trousseau während des Jahres 1884. (Statistique des cas de diphthérie observés à l'hôpital Trousseau pendant l'année 1884.)** *Revue mens. des maladies de l'enfance. Juni 1885.*

48b) **Pennel. Diphtheriestatistik im Hospital des Enfants-Malades während des Jahres 1884. (Statistique de la diphthérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1884.)** *Ibidem.*

Die detaillirten statistischen Daten der beiden Arbeiten müssen im Original nachgelesen werden. J. E. MOURE.

49) **Wm. Neale** (Mountmellick). **Eine Epidemie von Angina und Diphtheritis. (An epidemic of sore throat and diphtheria.)** *Medical Press and Circular. 30. September 1885.*

Nichts Besonderes. SEMON.

50) **L. B. Kline. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Trans. Med. Soc. Pennsylvania. XVI. p. 293—302. 1884.*

K. erklärt, dass die Diphtherie eine acute, specifische, contagiöse und infectiöse Krankheit miasmatischen Characters sei. Sie tritt primär als ein locales Leiden auf.

Eisenchlorid, Milchsäure und Kalkwasserdämpfe sind zweckmässige locale Mittel, während intern Chinin sulf., Eisenchlorid und Kali chloric. anzuwenden sind.

Diese Arbeit stützt sich auf Erfahrungen, die bei einer Diphtheritisepidemie in Catanissa Pa. 1879/80 gesammelt wurden. LEFFERTS (MORGAN).

51) **T. J. Hutton. Meine Anschauung und Behandlung der Diphtherie. (Diphtheria, as i see and treat it.)** *Trans. Minnesota Med. Soc. p. 195—211. St. Paul, 1885.*

Jonrnal nicht zugänglich. LEFFERTS (MORGAN).

52) **Bassols Prim. Zwei Fälle von Diphtheritis. (Casos de difteria.)** *Rev. de cien. med. XI. p. 185—191. Barcelona.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KISPERT.

53) **Valentine Matthews** (London). **Ein Fall von Diphtheritis, welcher Syphilis complicirte. (A case of diphtheria complicating syphilis.)** *Lancet. 12. December 1885.*

Die Diphtheritis befiel den Pat. 8 Wochen nach der Primäraffection noch, vor dem Auftreten secundärer Halserscheinungen, verlief in gewöhnlicher Weise und war von Gaumenparalyse und Parese der unteren Extremitäten gefolgt. Verf. meint, dass man beim Auftreten der Halserscheinungen natürlich an secundäre Rachensyphilis habe denken müssen, und veröffentlicht den Fall wegen der Seltenheit der Complication. SEMON.

54) **Bolko Stern. Diphtheritische Lähmung.** Berliner Dissertation. 1885.

Aus der Nervenabtheilung des Herrn Prof. Westphal in der Charité werden zwei Fälle von diphtheritischer Lähmung mitgetheilt: 1. Mann von 28 Jahren bekam Januar 1884 8 Tage nach überstandener Rachen- und Kehlkopfdiphtherie Gaumenlähmung. Ende April war dieselbe geheilt, es bestand aber noch leichte Anaesthesie an den Fingern und den Füssen, Muskelschwäche und Fehlen des Kniephänomens. Letzteres Symptom bestand noch 6 Wochen später, nachdem alle anderen abnormen Erscheinungen geschwunden, und erst im Juli wurde die Rückkehr des Patellarreflexes constatirt. — 2. 22 jähriger Mann bemerkte 4 Tage nach seiner Genesung von einer im März 1884 überstandenen Diphtherie ohne Gaumenlähmung Anaesthesie seiner Füsse und Schwäche besonders rechts. Ende April bestand Anaesthesie des Pharynx, der rechten oberen Extremität, des rechten

Unterschenkels und des linken Fusses. Ataxie des rechten Arms. Kniephänomen fehlt links ganz und erscheint rechts vermindert. Im Mai trat Heilung ein. Im Juni kehrte das Kniephänomen wieder. B. FRAENKEL.

55) **Bettencourt** (Mencăv). **Ein Fall von Croup. (De un caso de garrotilho.)** *Med. contemp. III. p. 163. Lissabon, 1885.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KISPERT.

56) **J. Lychowski. Die Behandlung des Croups. (Spostrzezenia nad leczeniem krupum.)** *Gazeta lekarska. No. 24. 1885.*

Verf. verdammt die so oft angewandte Behandlungsweise des Croups mittelst Blutentziehung, Lapisätzungen und Einreibungen mit Ungt. cinereum. Er empfiehlt kalte Umschläge, Inhalationen mit Kalkwasser, Darreichung von Calomel, nur im Nothfall ein Brechmittel. Auf 105 Fälle wurden 40 nach der älteren Methode (Blutegel, Mercurialsalbe, Touchirungen mit Lapis) behandelt und genasen davon nur 9 ($22\frac{1}{2}$ pCt.).

Die ferneren 65 Fälle wurden nach der angeführten Weise behandelt. Es genasen 32 Kinder, also über 49 pCt. Alle Fälle, wo Blutegel gesetzt wurden, endeten letal. LUNIN.

57) **Rodón Figueras. Behandlung des Croups etc. (Tratamiento del crup etc.)** *Gac. méd. catal. VIII. p. 321—326, 353, 385, 419. Barcelona, 1885.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KISPERT.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

58) **Grancher** (Paris). **Vortrag über Laryngitis. (Leçon sur les laryngites.)** *Revue mens. des mal. de l'enfance. p. 533. December 1885.*

Klinischer Vortrag namentlich über die Differentialdiagnose von Laryngitis acuta und diphtheritica. E. J. MOURE.

59) **Roguer Casadesus. Superficielle chronische Laryngitis etc.** *Revista de laryng., otol. y rinol. T. I. p. 2 u. 17. 1. Juli 1885.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KISPERT.

60) **P. Ferras. Behandlung der chronischen arthritischen Laryngitis in den Thermen von Luchon. (Traitement de la laryngite chronique arthritique aux thermes de Luchon.)** Separat-Abdruck aus den *Annal. de la Soc. d'hydrologie méd. de Paris.* Paris. F. Levé, 17 rue Cassette. 1885.

An 24 ziemlich genau beobachteten Fällen von chronischer Laryngitis bei Personen, an denen die „arthritische" Diathese nachgewiesen werden konnte, wurden die Schwefelthermen von Luchon in Form von Bädern, Douchen, Gurgelwässern und als Getränk mit Erfolg erprobt. E. J. MOURE.

61) **C. Leroy** (Lille). **Ueber die Tuberculose des Kehlkopfes in ihren Beziehungen zu der der Haut. (De la tuberculose laryngée, considérée dans ses rapports avec celle de la peau.)** *Archives de physiol., norm. et pathol. 30. Sept. 1885.*

Der Autor sucht in der Arbeit nachzuweisen, dass eine ausgesprochene Ana-

logie zwischen Haut und Kehlkopftuberculose bestehe. Er geht in genauer Weise alle Läsionen der letzteren durch, von den leichtesten Formen angefangen bis zu den tiefgreifenden ulcerösen Processen. Die Kehlkopftuberculose ist nach L. ein einheitlicher Process und es sei nicht statthaft, eine sogenannte Laryngitis der Tuberculosen von einer tuberculösen Laryngitis zu unterscheiden. — Die interessanten Details müssen im Original nachgelesen werden. E. J. MOURE.

62) **Franc. Royera. Syphilitische Laryngitis etc.** *Cronico med. quirurg. de la Habana. No. 8. August 1885.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KISPERT.

63) **Romano. Larynxstenose in Folge von tertiärer Syphilis.** *Tip. dell' Academia Reale delle sc. Napoli. 1884.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

64) **C. M. Trueheart. Aphonie, seit 34 Jahren bestehend; Herstellung der Stimme durch Exstirpation acht kleiner Tumoren aus dem Larynx. (Aphonia of 34 years duration; voice restored by removal of eight small tumors from the larynx.)** *Trans. Texas Med. Assoc. XVII. p. 249. Austin 1885.*

Der Titel bezeichnet vollständig die Natur und den Ausgang dieses Falles. Der pathologische Character der exstirpirten Tumoren ist nicht festgestellt. LEFFERTS (MORGAN).

65) **Botey. Fibröser subglottischer Polyp. (Polipo fibroso infraglótico etc.)** *Gac. med. catal. p. 551—555. Barcelona, 1885.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KISPERT.

66) **Rabaine. Bösartiger Tumor des Kehlkopfes. (Tumeur maligne du larynx.)** *Bullet. et mémoires de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. Sitzung vom 10. März 1885.*

Vorzeigen des anatomischen Präparates. E. J. MOURE.

67) **Caselli. Gänzliche Exstirpation des Kehlkopfes. (Exstirpation complète du larynx.)** *Nice-méd. IX. p. 87—91 et p. 104—106. 1884/85.*

Die Arbeit, welche anscheinend eine frühere Mittheilung des Verf.'s reproducirt, war dem Ref. nicht zugänglich. E. J. MOURE.

68) **C. M. Shields. Bericht über Fälle von Tracheotomie bei Lupus und Diphtherie des Larynx. (Report of cases of tracheotomy in lupus of the larynx and diphtheria.)** *Trans. Med. Soc. Virginia-Richmond. XVI. p. 230. 1885.*

Der erste Fall betraf einen Arzt von 50 Jahren. Die Untersuchung ergab, dass der Pharynx gesund und die Epiglottis normal war. Das Larynxinnere war congestionirt und geschwollen, das rechte Stimm- und Taschenband nicht zu unterscheiden, da ihre Stelle von einem Neoplasma eingenommen war, welches die Grenzen dieser Seite des Larynx verwischte. Der Tumor zeigte unregelmässige, schwache Elevationen und zwischen denselben oberflächliche Ulcerationen. Die Anamnese ergab weder Syphilis noch Carcinom oder Phthisis, aber einige Anzeichen von Hautlupus. Nach Verlauf von vier Monaten wurde Pat. schlechter, der Larynx war stärker geschwollen und ulcerirt; die Respiration, Phonation und

Deglutition ernstlich behindert. Schliesslich schritt man unter grossen Schwierigkeiten zur Tracheotomie. Es trat eine reichliche venöse Blutung ein. Pat. fühlte sich unmittelbar darauf sehr erleichtert; die Wunde heilte gut, und sechs Monate später befand er sich ganz wohl. — Der Lupus des Larynx ist schwer zu diagnosticiren. Die Tracheotomie wurde nicht in der Hoffnung, die Krankheit zu heilen, vorgenommen, sondern man wollte die Suffocation verhüten und so das Leben verlängern. Abgesehen von der Erstickungsgefahr ist der Lupus des Larynx nicht von frühzeitigen Gefahren für das Leben, da er langsam zunimmt und Jahre lang stationär bleiben kann.

S. berichtet ferner über eine glücklich verlaufene Tracheotomie wegen Larynxdiphtherie bei einem 3jähr. Kinde. Als die Canüle eingeführt wurde, hörte die Respiration gänzlich auf; sie kehrte erst wieder, nachdem man einen vollständigen Abguss der Trachea von 6 Ctm. Länge entfernt hatte. Das Kind, welches vor der Extraction des Abgusses für todt gehalten wurde, begann darauf natürlich zu athmen und wurde nach zehn Tagen vollkommen wiederhergestellt. Es wurde jedoch noch ein zweiter Abguss durch die Canüle ausgeworfen.

LEFFERTS (MORGAN)*).

69) **H. Leloir. Pathologische Anatomie des leprösen Larynx. (Anatomie pathologique du larynx lepreux.)** *Société de biologie de Paris. 18. Juli 1885.*

War dem Referenten nicht zugänglich. E. J. MOURE.

70) **Masini (Genua). Die Lepra des Kehlkopfs. (La lepra del laringe.)** *La Salute. No. IV. u. V. 1885.*

Nach einer ausführlichen Literaturangabe folgt die genaue Beschreibung von vier eigenen Fällen, die nicht der anästhetischen, sondern der tuberösen und gemischten Form angehören. Aus den genauen Krankengeschichten soll hier nur der Kehlkopfbefund mitgetheilt werden.

I. Verdickung der Epiglottis, der Lig. ary-epiglottica, der Stimmbänder. Diese sind dunkelroth, ihre Bewegungen frei. Mundschleimhaut verdickt, blass, ebenso die des Pharynx. An der Basis der Uvula zwei Knoten.

II. Am weichen Gaumen und an der Uvula oberflächliche Ulcerationen. An den vorderen Gaumenbögen drei Knötchen. Die Lig. glosso-epiglottica verdickt, ebenso die Lig. ary-epiglottica. Die Epiglottis ums Doppelte verdickt. Stimmbänder roth, mit erweiterten Blutgefässen, nähern sich bei der Phonation nicht vollständig.

III. Enorme Epiglottis, fast ein Ctm. dick, zeigt zwei grosse Knoten. Verminderung der Sensibilität. Die Lig. ary-epiglottica verdickt, verengern das Lumen des Kehlkopfes. Derselbe sieht aus wie ein ödematöses Präputium. Farbe blass. Bewegungen der Aryknorpel behindert. Falsche und wahre Stimmbänder verdickt, letztere geröthet; Excursionen mangelhaft.

---

*) Herr Cuthbert Morgan, dem die Bibliothek des Surgeon General's Office in Washington offensteht, hat die Güte gehabt, in einer ganzen Reihe von Fällen Arbeiten, die unserem amerikanischen Mitarbeiter in New-York nicht zugänglich waren, zu referiren. Wir sprechen ihm für seine Freundlichkeit hiermit unseren besten Dank aus. Red.

IV. Bei ausgebreiteter Hauterkrankung Lepra der Nase und des Mundes. Enorme Verdickung der Zunge und der Epiglottis, so dass die Stimmbänder nicht zu sehen sind.

Die Lepra des Kehlkopfes tritt immer secundär auf. Sie beginnt mit Trockenheit, Husten, Ermüdung der Stimme.

Es stellt sich Röthung der Schleimhaut ein, die bald einer deutlichen Blässe weicht, Verlust des Epithels, Verdickung der Schleimhaut mit Alteration der Form der befallenen Theile (hauptsächlich der Epiglottis). Hierauf folgen Ulcerationen und partielle Nekrosen.

Zum Schluss recapitulirt M. die drei Stadien: Erythem, Infiltration und Ulceration, bespricht die Differenzialdiagnose und die Behandlung. Symptomatisch sollen Carbolzerstäubungen und Jodoformeinblasungen von Nutzen sein. Bei Stenose Tubage, eventuell Tracheotomie. KURZ.

71) **Guelton** (Brüssel). **Psoriasis circinata. Retrolaryngeale Phlegmone und zuletzt Gesichtserysipel. (Psoriasis circiné; phlégmon rétro-laryngien et érysipèle de la face consécutif.)** Klinische Vorlesung und Beobachtung von Professor Thiry. *La Presse médicale Belge. No. 42 et 43. 1885.*

Es handelt sich um eine Patientin, welche wegen eines Psoriasrecidivs ins Spital gekommen war, und dazu eine Halsphlegmone bekam, die, sich von der Vorderseite auf die Hinterseite des Kehlkopfes ausbreitend, schwere Erscheinungen hervorrief. Eine Incision schaffte dem „phlegmonösen" Eiter Abfluss und Erleichterung. Mehrere Tage darauf nachdem die Patientin in einen anderen Saal transportirt worden war, stellte sich plötzlich Gesichtserysipel ein, das aber auch nicht lange nachher mit Genesung endete. Zu gleicher Zeit war auch die Psoriasis verschwunden.

An der Hand dieses Falles nimmt H. Thiry ganz zart die Partei der lieben Diathesentheorie und benützt die Gelegenheit wieder ein Mal auf die Microben loszuschlagen. Im Ganzen nichts von Belang. BAYER.

72) **R. van Santvoord** (New-York). **Bewirkt Larynxstenose Lungenhyperämie? (Does laryngeal stenosis cause pulmonary hyperaemia?)** *Medical Record. Vol. 28. No. 1. p. 9. 4. Juli 1885.*

Der Autor zog es vor, seine Untersuchungen an vorher gesunden Thieren, bei welchen artificiell die Stenose hervorgebracht wurde, anzustellen, um so mehr, als diese Complicationen, welche zuweilen bei kranken Individuen sich finden, dort ganz rein zur Wirkung kamen. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der totale, oder fast totale Verschluss der Luftwege kann direct Lungenhyperämie hervorrufen. 2. Die Stenose der Trachea oder des Larynx macht direct keine Lungenhyperämie, sie führt im Gegentheil zur übermässigen Dehnung, Emphysem und Anämie der Lungen; secundär kann Herzschwäche mit nachfolgender Lungencongestion sich einstellen. 3. Die Pneumonie, welche als Complication des Larynxcroup gefunden wird, ist eine catarrhalische, entstanden durch Ausbreitung der Entzündung nach abwärts, gerade so, als wenn die Stenose nicht existirt hätte. Letztere übt nur einen indirecten Effect auf jene aus, insofern als

bei Stenose des Larynx oder der Trachea das Bronchialsecret nicht frei expectorirt werden kann. LEFFERTS.

73) **Georg Kreysem. Schnittwunden des Kehlkopfs.** Berliner Dissertation. 1885.

Beschreibung zweier Fälle von Schnittverletzungen des Kehlkopfs in Folge von Conamen suicidii, welche auf der Bardeleben'schen Klinik in der Charité zur Beobachtung kamen. Beide wurden nach prophylactischer Tracheotomie genäht. Die eine endete tödtlich, die andere nahm einen glücklichen Ausgang. B. FRAENKEL.

74) **L. Jurist. Plötzlicher Tod durch Larynxverschluss. (Sudden death from laryngeal obstruction.)** *New-York Med. Journal. 24. Oct. 1885.*

J. war rücksichtlich der Diagnose in Zweifel zwischen Perichondritis mit secundärem Abscess und phlegmonöser Laryngitis. Er neigt mehr zu der ersteren Annahme. LEFFERTS.

75) **Kiesselbach. Zerstäuber medicamentöser Flüssigkeiten für den Kehlkopf.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1885.*

Der Apparat besteht aus einem Doppelballon, welcher mit einem gläsernen vorne umgebogenen Röhrchen in Verbindung steht, das mittelst eines Stopfens in ein Reagensglas gesteckt wird. Die Vortheile desselben sind Reinlichkeit und Handlichkeit. SCHECH.

76) **Alexander W. Mac Coy. Ein Larynxapplicator. (A laryngeal applicator.)** *Philadelphia Med. News. 7. Nov. 1885.*

Der Artikel enthält eine Abbildung, welche einen Larynxapplicator darstellt, um gewisse Caustica zu appliciren, nachdem sie auf die rauhe Aluminiumspitze angeschmolzen worden sind.

Die Vorzüge, welche dieses Instrument haben soll, sind folgende:

1. Eine doppelt wirkende Hebelbewegung.
2. Während gewöhnlich das gedeckte Stilet vorgeschoben wird, wird bei diesem Instrument das Stilet durch Zurückziehen der Röhre frei und dadurch eine Ablenkung vermieden.
3. Dadurch, dass das Stilet und die Röhren biegsam sind, gestatten sie verschiedene Positionen und mannigfaltigen Gebrauch.
4. Spontanes Vorspringen der Röhre mittelst einer Feder im Handgriff.

LEFFERTS.

77) **P. Koch** (Luxemburg). **Ueber die Fremdkörper, die in den ersten Luftwegen verweilen. (Sur les corps étrangers résidant dans les premières voies aériennes.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 5. December 1885.*

Es wird in ausführlicher Weise die Geschichte einer Kranken wiedergegeben, die beim Essen plötzlich einen heftigen Schmerz in der Kehle mit Erstickungsgefühl verspürt hatte. Da die zweimal angewendete Oesophagussonde keine Erleichterung brachte und der Schmerz namentlich beim Schlingacte andauerte, so wurde die Kranke an K. gewiesen.

Die laryngoscopische Untersuchung bot besondere Schwierigkeiten durch das Bestehen einer stark ausgebildeten Kyphose der Halswirbelsäule nach vorne, die

das Bild des hinteren Larynxabschnittes vollständig verdeckte. Es war nur möglich, eine Schwellung des linken Taschenbandes und Unbeweglichkeit des gleichnamigen Stimmbandes in der Medianstellung zu constatiren. Die kaum sichtbare Trachea schien frei zu sein. Es konnte nach diesem Befunde nur eine Perichondritis des linken Aryknorpels vermuthet werden. Eine eingeleitete Behandlung erwies sich als unwirksam und änderte an dem unvollständigen Larynxbefund nichts. Da ging K. mit dem Finger ein und es gelang ihm, während die Kranke durch einen Schlingact ihm den Kehlkopf entgegenhob, eine spitze Nadel zu entdecken. — Mit Rücksicht auf die ungünsigen anatomischen Verhältnisse erschien eine Extraction per vias-naturales ausgeschlossen und es wurde die Laryngofissur vorgenommen mit vorausgehender Tracheotomie und Einlegen der Tamponcanüle. Es gelang eine $3^1/_2$ Ctm. lange 1 Mm. dicke Stecknadel französischer Fabrication mit dünnem Kopfe zu entfernen. Die Nadel hatte wahrscheinlich gleich beim Schlingen die hintere Larynxwand durchbohrt, dafür spricht der im Anfang aufgetretene Erstickungsanfall. Die beiden Hälften des Schildknorpels liessen sich leicht anpassen und die Tamponcanüle konnte schon 24 Stunden nach der Operation entfernt werden. Drei Monate später zeigte sich, dass das linke Stimmband sich noch träge bewegt, sei es in Folge von Narbenbildung oder von unvollständiger Ankylose bedingt durch das längere Verweilen des Fremdkörpers. K. bemerkt zum Schlusse, dass in diesem Falle das Laryngoscop von gar keinem Nutzen gewesen sei und dass nur die leider zu wenig in der Laryngologie angewendete Digitaluntersuchung die Diagnose ermöglicht habe. E. J. MOURE.

78) E. Blanc. **Voluminöser Fremdkörper der Luftwege. (Corps étranger volumineux des voies aëriennes.)** *Therapeutique contempor. No. 35. Paris, 28. Aug. 1885.*

Es gelang mit grosser Leichtigkeit nach vorausgegangener Cocaïnisirung des Larynx ein Knochenstück, das den Larynxeingang verlegt hatte, zu extrahiren. E. J. MOURE.

79) Wallace. **Bericht über zwei Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen. (Report of two cases of foreign bodies in the air passages.)** *Trans. Indiana Med. Soc. XXXIV. p. 49. 1884.*

Fall 1. Siebenjähriger Pat.; Glasknopf im Larynx; Laryngotomie, Entfernung, Heilung.

Fall 2. Zweijähriger Pat. Bohne in der Trachea, Tracheotomie, Extraction, Heilung. LEFFERTS (MORGAN).

80) Solomon C. Smith (Halifax). **Fremdkörper im Kehlkopf, durch die Tracheotomiewunde entfernt; Genesung. (Foreign body in the larynx; removal through tracheotomy wound; recovery.)** *Lancet. 1885.*

Der Fremdkörper, ein fest unterhalb der Stimmbänder eines fünfjährigen Mädchens impactirter unregelmässig geformter Metallknopf, wurde laryngoscopisch wahrgenommen und auf die im Titel angegebene Weise am zweiten Tage nach Vornahme der Tracheotomie entfernt. SEMON

81) **Christian. Mehrere Fremdkörper im Kehlkopfe. (Corps étrangers multiples dans le larynx.)** *Union méd. 5. Juli 1885.*

Die Fremdkörper wurden im Kehlkopfraume über den Stimmbändern bei einem Irren gefunden, der ohne acute asphyctische Erscheinungen zu Grunde gegangen war. E. J. MOURE.

82) **P. Smolitschew** (Transkaukasien). **Herausbeförderung eines Blutegels aus dem Larynx bei innerlichem Gebrauch von Terpenthinöl. (Wi podenie pijawki is gortani pri wnutrennem upotre blenii skipidar nawo masla.)** *Wratsch. No 45. 1884.*

Bei einem Weibe, das seit 4 Tagen an Bluthusten und Athemnoth litt, sah S. mit dem Kehlkopfspiegel einen Blutegel, der sich zwischen Epiglottis und Stimmbänder festgesogen hatte. Da S. über Kehlkopfzangen nicht verfügte, so versuchte er erst den Blutegel mit Terpentinöl zu bepinseln, doch erfolglos. Darauf verordnete er innerlich alle 3 Stunden einen Theelöffel Ol. Terebinth. um den Blutegel durch die durch die Lungen sich ausscheidenden Terpentindämpfe zu tödten. Nach der zweiten Gabe wurde der todte Blutegel ausgehustet. LUNIN.

83) **W. Senenko** (Petersburg). **Herausnahme des Bruchstückes einer silbernen Trachealcanüle aus der Trachea. (Po powodu is wletschenija otlomkow trocheomitscheskich trubotschek is dichatelnago gorla.)** *Geschen. klin. Gaz. No. 8. 1884.*

Sehr umständliche Beschreibung eines Falles von Entfernung eines Bruchstückes einer silbernen Trachealcanüle aus der Trachea bei einem 34 Jahre alten Manne. Operirt wurde mit zwei Kornzangen. Mit einer stark gebogenen wurde die Canüle aus der Tiefe hervorgeholt, dann mit einer starken schwach gebogenen Zange von Neuem gefasst und nach blutiger Erweiterung der Trachealwunde durch hebelnde Bewegungen herausbefördert. LUNIN.

84) **P. Koch** (Luxemburg). **Fremdkörper, an der Bifurcation der Trachea sitzend. (Corps étrangers siégeant à la bifurcation de la trachée.)** *Annales des mal. de l'oreille etc. No. 3. Juli 1885.*

Der Fall betraf eine Frau von 49 Jahren, welche beim Essen plötzlich das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse verspürte. In den 14 darauffolgenden Tagen wurde sie wenig belästigt. Dann aber stellte sich Dyspnoe ein und der Athem wurde übelriechend. Etwas keuchendes Athmen; Stimme intact; keine Dysphagie.

Bei der laryngoscopischen Untersuchung entdeckte K. einen dunkelgrauen und unebenen Körper, welcher $^2/_3$ des zwischen den Stimmbändern im Momente der tiefen Inspiration sich bildenden Raumes ausfüllte. Die eingeführte Sonde erwies, dass der Körper hart und unbeweglich sei und löste einen Erstickungsanfall aus. — In der Meinung, dass der Körper knapp unter den Stimmbändern sitze wurde die hohe Tracheotomie vorgenommen. Der in die Trachea eingeführte Finger tastete ihn aber an der Bifurcationsstelle. Ein heftiger Hustenstoss förderte ihn durch die Trachealwunde zu Tage. Es war ëin poröses spitziges Knochenstück, 60 Gramm wiegend, dessen längster Durchmesser 19 Mm. und dessen kürzester 7 Mm. betrug.

K. knüpft an diesen Fall die Bemerkung, dass entgegen der Ansicht Krishabers die Tracheotomie auch in Fällen, wo der Fremdkörper spitzig und unbeweglich ist, ihre Berechtigung habe. E. J. MOURE.

85) **Bradshaw** (Liverpool). **Fremdkörper im Bronchus. (Foreign body in the bronchus.)** *Med. Press and Circular. 2. December 1884.*

Demonstration des Specimens vor der Liverpool Med. Institution am 19. November 1885. Der Fremdkörper war ein halber Sovereign, der auf unerklärliche Weise in den rechten Bronchus eines 49jährigen Mannes gerathen war, Emphysem und Eiterinfiltration der rechten Lunge zur Folge gehabt und den Tod des Pat. verursacht hatte. SEMON.

86) **Samuel West** (London). **Fremdkörper im linken Bronchus, nach 5 Wochen ausgestossen. (Foreign body in the left bronchus, expelled after five weeks.)** *Lancet. 15. August 1885.*

Der Titel deckt den Inhalt. SEMON.

87) **J. H. Sawtell** (London). **Tod in Folge eines Fremdkörpers im rechten Bronchus trotz Vornahme der Tracheotomie. (Death after tracheotomy from foreign body in right bronchus.)** *Lancet. 15. August 1885.*

Es handelte sich um ein 8monatliches Kind, in dessen rechten Bronchus eine Kornrispe gedrungen war. Der Tod, dessen direkte Ursache ziemlich dunkel ist, erfolgte 13 Stunden nach dem Unfall, 11 Stunden nach der Vornahme der Operation. SEMON.

88) **J. Simon. Ueber tracheo-bronchiale Lymphdrüsenerkrankung. (De l'adénopathie trachéo-bronchique.)** *Gaz. méd. de Paris. No. 45, 46, 47, 48, 49, 50 et 52. Nov. et Déc. 1885.*

Verf. hat die pathologischen Zustände der entlang der Trachea und der Bronchien, sowie im Mediastinum liegenden Lymphdrüsen im Auge. Diese pathologischen Zustände, mögen sie nun in einfacher Hypertrophie bestehen, oder aber in tuberculöser Entartung, können bei Kindern eine Reihe von Erscheinungen, wie Dyspnoë, Husten, Stimmstörungen, bronchiales Athmen, Anfälle von Larynxstenose etc. auslösen und so chronischen Bronchialcatarrh, Lungenemphysem, Asthma, Keuchhusten, Phthise, Croup und Larynxpolypen vortäuschen.

Die Reflexerscheinungen der tracheo-bronchialen Adenopathie würden aber nicht allein hervorgerufen durch Compression der geschwellten Drüsen auf die umliegenden Gebilde oder durch Vereiterung der Drüsen, sondern wären in den meisten Fällen bedingt durch vorübergehende entzündliche Reizungen des die Drüsen umgebenden Zellgewebes. Nur so liessen sich die wechselnden Anfälle und die vollständige Heilbarkeit der die Adenopathie begleitenden Symptome erklären.

Verf. giebt ein genaues Krankheitsbild dieser Affection und berührt alle Krankheiten, mit denen sie verwechselt werden könnte.

Bei Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Adenopathie und Kehlkopfpolypen erzählt er, dass er einen Fall von Kehlkopfpapillom bei einem Kinde für Adenopathie gehalten habe. In der Abwesenheit S.'s bekam das Kind Er-

stickungsanfälle und der Interne, in der Meinung, es mit einem Falle von beginnender Diphtherie zu thun zu haben, liess das Kind auf die Diphtherie-Abtheilung bringen. Einige Tage darauf starb das Kind und man fand bei der Obduction ausser den Erscheinungen der auf der Abtheilung erst acquirirten Diphtherie den Kehlkopf ausfüllende Papillome. E. J. MOURE.

89) **Toussaint. Typhus. Bronchiectasie und tuberculöse Bronchialdrüsenerkrankung. Polypoide Vegetation des Larynx, symptomatisch für eine eitrige Perichondritis des Ring- und Giessbeckenknorpels. Plötzlicher Tod. Obduction. (Fièvre typhoïde. Bronchiéctasie et adénopathie bronchique tuberculeuse. Végétation polypoïde du larynx symptomatique d'une périchondrite suppurée des cartilages cricoïde et aryténoïde gauche. Mort rapide. Autopsie.)** *Progrès méd. No. 42. 17. October 1885.*

Die polypoide Vegetation am hinteren Drittel des linken Stimmbandes trat 2 Monate nach Beginn des Typhus auf. Bei der Obduction bemerkte man, dass der betreffende Giessbeckenknorpel durch Eiterung eliminirt worden war. Der Kranke starb ohne suffocatorische Erscheinung. E. J. MOURE.

## f. Schilddrüse.

90) **Poisson. Haemorrhagie in eine normale Schilddrüse. (Hémorrhagie dans un corps thyroïde normal.)** *Gaz. méd. de Nantes. 9. Déc. 1885.*

Der Fall betraf einen Taucher, der beim Herausgehen aus der Taucherglocke nach einer wahrscheinlich nicht genügend langsam vorgenommenen Decompression plötzlich einen schmerzlosen Tumor in der Schilddrüsengegend auftreten sah, der nach beiläufig 10 Tagen verschwand.

Der Autor hält den Fall für eine Hämorrhagie in die Schilddrüse herbeigeführt durch plötzliche Druckschwankung und erinnert an einen ähnlichen, von Guyson 1870 beschriebenen Fall. E. J. MOURE.

91) **Houzel. Verkalkte Schilddrüsencyste. (Kyste calcifié du corps thyroïde.)** *Société de chirurgie de Paris. 30. Déc. 1885.*

Exstirpation mit dem Messer. Heilung. E. J. MOURE.

92) **Graham. Ein Fall von Struma mit Stenose. (A case of goitre with obstructions.)** *Trans. Ill. Med. Soc. Chicago. XXXIV. p. 160. 1884.*

Journal nicht zugänglich. LEFFERTS (MORGAN).

93) **Botkin** (Petersburg). **Ueber die Basedow'sche Krankheit. (O Basedowoi Colesni.)** *Geschen. klin. gaz. 18. u. 19. 1885.*

Wir können uns darauf beschränken, aus dieser klinischen Vorlesung das hervorzuheben, was sich aufs Struma bezieht. B. meint, obgleich zum vollständigen Symptomencomplex der Basedow'schen Krankheit Herzaffection, Struma und Exophthalmos gehören, so kommen doch Fälle vor, wo nur die Herzaffection allein vorhanden ist. Die im Beginne der Krankheit aufgetretene Struma kann im Verlaufe der Krankheit schwinden und solche Fälle bieten dann sehr viel Schwierigkeit hinsichtlich der Diagnose. Die Struma und der Exophthalmos

können auch einseitig sein. Für die Hauptursache dieser Krankheit hält B. psychische Einflüsse, geistige Ueberanstrengung etc. und erklärt diese Krankheit für eine Erkrankung des Centralnervensystems. LUNIN.

94) **Cantani** (Neapel). **Basedow'sche Krankheit. (Il gozzo esoftalmico.)** *Bolletino delle Cliniche. No. 27. 1885.*

Klinische Vorstellung eines ausgesprochenen Falles von Basedow'scher Krankheit mit beträchtlicher Vergrösserung der Schilddrüse und den sonstigen characteristischen Symptomen.

Die Priorität der Beobachtung und Beschreibung dieser Krankheit vindicirt C. seinem Landsmann Flajani. Ihre Ursache führt er mit Strümpell u. A. nicht auf eine beschränkte Läsion, sondern auf eine diffuse Neurose mit vorwiegender Betheiligung des Sympathicus zurück. Therapeutisch empfiehlt er hauptsächlich den Arsenik. KURZ.

95) **Leslie Phillips** (Birmingham). **Basedow'sche Krankheit durch Galvanisation geheilt. (Graves's disease cured by galvanism.)** *Brit. Med. Journal. 21. Nov. 1885.*

Die Pat. war eine junge Dame, deren Hauptbeschwerde Herzpalpitationen bildeten. Puls 160 bis 180. „Die Schilddrüsengegend war vorgewölbt." Täglich 10 Minuten lang wurde der constante Strom unterhalb der Ohren angewandt, Durchschnittsstärke 7 Milliampères. Innerhalb eines Monats sank die Pulsfrequenz auf 90 und die Palpitationen verminderten sich bedeutend. Schliesslich vollständige Heilung. Ueber das weitere Verhalten der Schilddrüse ist nichts gesagt. SEMON.

96) **A. T. Conley** (Cannon Falls. Minn.). **Ein Fall von Struma mit Exophthalmus. (A case of exophthalmic goitre.)** *Northwestern Lancet. 15. Dec. 1885.*

Bericht über einen Fall, nichts Neues enthaltend. LEFFERTS.

97) **C. F. Denny** (St. Paul. Minn.). **Exophthalmus, Struma mit acuter Hypertrophie. Tod. (Exophthalmic goitre with acute hypertrophie. Death.)** *Northwestern Lancet. 15. Dec. 1885.*

Der Tod trat offenbar durch Compression der Trachea ein. Des Autors Ansicht, dass Larynxkrampf oder dieser nebst Lungenoedem die Todesursache sei, steht nicht im Einklang mit den klinischen Thatsachen. Die Tracheotomie wurde zwar in Erwägung gezogen, aber nicht ausgeführt. LEFFERTS.

98) **C. W. Suckling** (Birmingham). **Basedow'sche Krankheit geheilt durch Galvanisation. (Graves' disease cured by galvanism.)** *British Med. Journ. 5. Dec. 1885.*

S. gratulirt Dr. Phillips (s. Referat 95) zu seinem Erfolge und meint, dass Galvanisation des Halssympathicus das beste Mittel bei Basedow'scher Krankheit sei. Duboisin pflege Besserung, aber nicht Heilung zur Folge zu haben. Seiner Ansicht nach zeige das Leiden eine natürliche Tendenz zur Besserung im Verlaufe der Zeit, sei aber in der grossen Mehrzahl der Fälle unheilbar.

SEMON.

## g. Oesophagus.

99) **Hampeln (Riga). Carcinoma oesophagi.** Protocoll der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga. *Petersburger med. Wochenschrift. No. 33. 1885.*

Pat. 34 Jahre alt, seit längerer Zeit heiser, seit 6 Wochen Husten und seit 4 Wochen Athembeschwerden. Beim Schlucken Schmerzen in der Gegend des Jugulum. Die Halsgegend unterhalb der Gland. thyreoid. voll und beiderseits eine weiche, elastische, nicht druckempfindliche Geschwulst. Keine Drüsenschwellung. Die Sonde passirt frei die Speiseröhre. Paralyse des linken Stimmbandes rechts der Abductorenfasern des Nerv. recurrens. Die Larynxstenose steigert sich schnell. Tracheotomie, blutig-eitriger Auswurf, Fieber und bald Tod durch Erschöpfung. Section: Insuläres Carcinoma oesophagi, das in der Mitte zerfallen einen Hohlraum bildet, der zwischen Trachea und Oesophagus liegt und mit beiden Röhren communicirt. LUNIN.

100) **Lacombe. Krebsige Affectionen der Speiseröhre und des Magens. (Affections cancéreuses de l'oesophage et de l'estomac.)** *Société méd. des hôpit. 13. mars 1885. — Gazette des hôpit. No. 32. p. 253—254. 1885.*

Im ersten Falle bestand Krebs des Magens mit Krampf des Oesophagus, der einen Krebs dieses Organs vortäuschte.

Im zweiten Falle bestand Krampf des Oesophagus in seinem unteren Abschnitte, der die Passage der Sonde verhinderte, während ein im oberen Abschnitte sitzendes Carcinom keine besonderen Stricturerscheinungen darbot. Der Oesophagismus war in beiden Fällen Ursache einer falschen Diagnose. E. J. MOURE.

101) **Rolland. Oesophaguskrebs. (Cancer de l'oesophage.)** *Bulletins de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. Sitzung vom 9. Juni 1885.*

Vorzeigen des anatomischen Präparates. E. J. MOURE.

102) **d'Emmerez de Charmoy. Zum klinischen Studium des Speiseröhrenkrebses und der Strictur, welche durch ihn veranlasst wird. (Contribution à l'étude du cancer de l'oesophage et du rétrécissement qu'il détermine.)** *Thèse. Paris, 28. October 1885.* A. Parent.

Der Autor resumirt seine These in folgender Weise:

1. Die krebsige Verengerung, die an der Vereinigungsstelle des mittleren mit dem unteren Dritttheil sitzt, wird oft nicht erkannt wegen der Schwierigkeit der Diagnose.

2. Das Aneurysma des absteigenden Theiles der Aorta hat mit ihr functionelle Symptome gemein (Dysphagie, Dyspnoë etc.).

3. Auch der Oesophagismus kann mit ihr verwechselt werden. (Es werden zwei von Lacombe der Soc. méd. des hôpit. am 13. März 1885 vorgestellte Fälle angeführt (s. Referat 100).

4. Wenn der Krebs den Theil des Oesophagus betrifft, der der Aorta am nächsten liegt, so tritt häufig der Tod durch Haemorrhagie ein. (Der Autor citirt einen selbst beobachteten Fall dieser Art.)

Im Ganzen enthält die These, wie man sieht, nichts von Belang.

E. J. MOURE.



103) **N. Krusenstern** (Petersburg). **Untersuchungen über den Oesophaguskrebs. (Issledowania o rake pitschewoda.)** Petersburg, 1885.

Als Material zu dieser überaus fleissigen Monographie benutzte Verf. die Fälle, die im Verlaufe von 10 Jahren (1873—1883) in dem grössten Hospitale Petersburgs, dem Obukow-Hospital, zur Beobachtung und zur Section gekommen waren. Verf. verfügt über 79 Fälle, die hinsichtlich der klinischen Symptomatologie besonders genau beschrieben sind. Auf ein Referat können wir hier nicht eingehen und wollen blos die Aufmerksamkeit der Fachcollegen auf diese Arbeit lenken. LUNIN.

104) **Hallez** (Lille). **Krebs des ganzen Oesophagus. (Cancer de l'oesophage en totalité.)** *Bulletin méd. du Nord. No. 7. Juli 1885.*

Vorzeigen des anatomischen Präparates. Der Kranke bot während des Lebens alle Symptome einer Speiseröhrenverengerung, wiewohl die Sonde frei bis in den Magen eindringen konnte. Diese Symptome waren verursacht durch die functionelle Trägheit der durch den Krebs zerstörten Muskeln. E. J. MOURE.

105) **Landouzy** (Paris, Hôpital de la Charité). **Canceröse und narbige Verengerungen der Speiseröre. (Rétrécissements cancéreux et cicatriciels de l'oesophage.)** *Semaine méd. No. 42 et 44. 14. u. 28. Oct. 1885.*

Die Obduction eines selbst beobachteten und eines von Segond behandelten Falles von Speiseröhrenkrebs sind der Ausgangspunkt einer Besprechung der Complicationen und der Therapie dieser Affection im Gegensatze zu den nichtkrebsigen Verengerungen der Speiseröhre. Der Speiseröhrenkrebs ist ein „noli me tangere", dafür spricht die jüngst gemachte Zusammenstellung Lagrange's, nach welcher die Kranken, bei denen die Gastrostomie gemacht wurde, im Durchschnitt nur 19 Tage die Operation überlebten. Bei cicatriciellen Verengerungen aber ist die Gastrostomie indicirt, wenn die Erweiterung missglückt. Für den Zeitpunkt der Operation entscheiden zwei dem Wesen nach verschiedene Anhaltspunkte: 1. das Unvermögen, die Colin'sche Fischbeinsonde durch die verengte Stelle hindurchzubringen (Verneuil), 2. das plötzliche Auftreten des Durstgefühles (Prengrueber). Nach der in der These Cohen's sich findenden Zusammenstellung von 53 gastrostomirten Fällen von Verengerung der Speiseröhre (durch verschluckte Aetzmittel oder durch Syphilis oder durch Oesophagitis entstanden) wären 23 Heilungen zu verzeichnen. E. J. MOURE.

106) **Desvernine. Oesophaguskrebs.** *Cronica med. quirurg. de la Habana. No. 6. Juni 1885.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KISPERT.

107) **Cardarelli. Carcinomatöse Oesophagusstenose. (Stenosi esofagea per carcinoma.)** *Riviste clinica dell' università di Napoli. p. 58—62. 1885.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

108) **C. W. Trueheart. Strictur des Oesophagus. (Stricture of the oesophagus.)** *Trans. Texas Med. Assoc. XVII. p. 263. Austin 1885.*

Eine praktische Besprechung der Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der Strictur des Oesophagus. Es wird hierauf ein Fall

von 5 Monate bestehender Oesophagusstrictur berichtet, welche sich ein $2^1/_2$jähr. Kind durch Verschlucken concentrirter Lauge zugezogen hatte. Durch fortgesetzte Dilatation wurde vollständige Heilung erzielt. LEFFERTS (MORGAN).

109) **Hjort** (Christiania). **Die Behandlung der Speiseröhren-Verengerung.** **Abstracte des III. internat. Congresses zu Kopenhagen.**

Verf. beschreibt denselben Fall, der schon in diesem „Centralblatt", Jahrgang II., S. 235, No. 103 referirt ist.

In der diesen zwei Vorträgen folgenden Discussion nahmen Verneuil und Schönborn Theil. Verneuil lenkt die Aufmerksamkeit auf die „alkoholischen" Stricturen, die bei Trinkern bisweilen gefunden werden und eine Art von Cirrhose der Oesophaguswand repräsentiren. Was die Prognose anbetrifft, ist diese Form der Oesophagusstrictur viel günstiger gestellt als die cancröse. SCHMIEGELOW.

110) **Macario. Erweiterung des Oesophagus mittelst Instruments, als Ersatz der Gastrostomie.** *Nice-méd. IX. p. 40—44. 1884/85.*

War dem Ref. nicht zugänglich. E. J. MOURE.

111) **Debove** (Paris). **Ueber eine Form primärer Verengerung der Speiseröhre. (Sur une forme de rétrécissement primitif de l'oesophage.)** *Société méd. des hôpitaux. 9. October. — Semaine méd. No. 42. 14. October 1885.*

D. berichtet über einen Fall von primärer Oesophagusstrictur, der dem im Jahre 1883 der Gesellschaft vorgestellten gleicht.

Im tiefsten Coma wird ein Mann ins Spital gebracht. Er kommt erst nach 3 bis 4 Tagen zur Besinnung und erzählt, er habe im Jahre 1869 Blut gebrochen ohne weitere Krankheitszeichen. Zehn Jahre später erneuert sich das Blutbrechen und ist diesmal von grosser Abmagerung gefolgt. Nach weiteren drei Jahren bricht er abermals Blut und man führt behufs Waschung des Magens die Sonde ein. Drei Monate später zeigt sich Verengerung der Speiseröhre, die bald zur völligen Undurchgängigkeit führt. Durch forcirtes wiederholtes Sondiren wird ein Lumen wieder hergestellt. — D. nimmt nun an, dass es sich hier um einfache Ulcerationen des Oesophagus gehandelt habe mit darauffolgender Strictur. Gegen Strictur in Folge von Carcinom spräche die lange Dauer, gegen eine solche in Folge von Einführen von Caustica die Anamnese.

Millard meint hierzu, dass diese Stricturen eher secundäre als primäre heissen sollten, da sie ja den Geschwüren folgen.

Bucquoy bestätigt das Vorkommen einfacher Oesophagusgeschwüre. Er habe solche bei Obductionen am unteren Ende des Oesophagus in Fällen von einfachen Ulcerationen des Magens gefunden. E. J. MOURE.

# II. Kritiken und Besprechungen.

a) **E. Cresswell Baber** (Brighton). **Leitfaden zur Untersuchung der Nase. (A guide to the examination of the nose.)** H. K. Lewis. London, 1886.

Das uns vorliegende Werk bildet zweifellos einen werthvollen Beitrag zu der Literatur der Materie, von welcher es handelt. In einem schön ausgestatteten Bande von 163 Seiten, der mit ausgezeichneten Holzschnitten, von denen manche Originale sind, illustrirt ist, finden wir die verschiedenen Mittel und Methoden ausführlich beschrieben, welche für die Untersuchung der Nasenwege und der hinteren Nase acceptirt sind. Die Diagnose der gewöhnlicheren Krankheiten wird in einem kurzen Capitel von etwa 12 Seiten abgehandelt. Ref. glaubt, dass der Autor ebenso seiner selbst willen, wie mit Rücksicht auf die medicinische Wissenschaft besser gethan hätte, ein vollständiges Lehrbuch zu schreiben. Er sagt dies nicht ohne bestimmte Absicht. Denn der Theil des Werkes, welcher fast alles umfasst, was zur Untersuchung der Nasenhöhlen gehört, ist so ausserordentlich vollendet, dass wir die Empfindung haben, wenn von demselben Autor die verschiedenen krankhaften Processe und deren Behandlung besprochen worden wären, so hätten wir das beste Lehrbuch, was jemals geschrieben wurde. So wie das Buch ist, wird es jedoch ohne Zweifel als ein instructiver Rathgeber für alle Specialisten sich erweisen, insbesondere für diejenigen, welche die Nasenkrankheiten lehren.

Das Buch besteht aus acht Capiteln und einem Anhang. Capitel I bespricht die Anatomie und Physiologie der Nase. Im zweiten werden die Symptome der Nasenkrankheiten einschliesslich der Reflexneurosen behandelt. Das dritte ist betitelt: „Physicalische Untersuchung der Nase, umfassend solche Punkte, wie das Aeussere der Nase und des Gesichts, den Character der Stimme etc.“ Das vierte Capitel ist lang und characterisirt den Autor als einen sorgfältigen Beobachter, wie es auch dem Buche seine Originalität verleiht. Nicht weniger als 50 Seiten davon sind der Rhinoscopia anterior gewidmet. Auf Seite 67 wird bei Besprechung dieser Materie Semon's Glühlampe und Spiegel citirt. Die Erwähnung an dieser Stelle kann Irrthümer hervorrufen und sie wäre, unserer Ansicht nach, richtiger bei der Rhinoscopia posterior angebracht. Es würde zuviel Raum beanspruchen, wollten wir die Abtheilung über die vordere Rhinoscopie ausführlich besprechen. Wir wären um so mehr versucht, es zu thun, als dieses Capitel ohne Frage das vollkommenste ist, was über diesen Gegenstand geschrieben wurde. Es ist reich mit Originalzeichnungen rhinoscopischer Bilder illustrirt. Bei einer zweiten Auflage würden wir aber dem Autor empfehlen, neben den schematischen Figuren, welche man erhält, indem man die in verschiedenen Ansichten erschienenen Theile zu einem Bilde vereinigt, auch solche Ansichten zu liefern, wie man sie in Wirklichkeit bei Vornahme der Rhinoscopia anterior sieht. Das Tuberculum des Septum wird ausführlich beschrieben, wie man es bei Lebenden antrifft, mehr oder weniger die mittlere Muschel verdeckend. Ref. hat, nachdem er Baber's Werk gelesen, wiederholt Gelegenheit gehabt, dieses Gebilde zu sehen. Der Autor constatirt, dass er in dem ganzen Verlauf seiner Studien keinen

Hinweis darauf gefunden habe, dass dieses Gebilde an Lebenden gesehen worden wäre. Es wäre demnach, soweit wir wissen, von ihm zuerst beschrieben worden. — Das fünfte Capitel ist der Rhinoscopia posterior gewidmet. Die einzige Sentenz, der wir Opposition machen möchten, ist folgende: „In jeder Choane sieht man gewöhnlich die drei Muscheln". Nach der Erfahrung des Ref. sollten wir zwei statt drei lesen. Im sechsten Capitel wird die Palpation kurz abgethan und im siebenten finden wir einen kurzen Bericht über die gewöhnlichen Nasenkrankheiten, jedoch nur mit Rücksicht auf ihre Diagnose. Das Buch endet mit einem Anhang, welcher die Geschichte von solchen Fällen enthält, die die Schwellung der unteren Muschel illustriren: ein Punkt, der bereits in einem früheren Theil des Werkes besprochen wurde.

Wir wünschen dem Buch jeden Erfolg. Wir hoffen jedoch, dass der Autor bei einer zweiten Auflage sich der Aufgabe unterziehen wird, die Pathologie und Therapie der Nasenkrankheiten zu besprechen und damit das uns vorliegende Werk zu einem Musterwerk über Nasenkrankheitzen zu gestalten.

P. M. BRIDE (Edinburgh).

b) **L. Lichtwitz** (Bordeaux). **Ueber die Störungen der articulirten Stimme (Sprache) bei Affectionen des Gaumensegels, des Nasenrachenraumes und der Nasenhöhle. (Des troubles de la voix articulée (parole) dans les affections du voile du palais, de la cavité naso-pharyngienne et des fosses nasales.)** *Revue mens. de laryngologie etc. No. 1 et 2. p 16—26. et p. 57—77. Janvier et Février 1886.*

Die längere Einleitung enthält die Physiologie der Articulation der Stimme. Der Autor erinnert hierbei, dass für fast alle Sprachlaute (die „h"-Laute und das „Ain" der Araber ausgenommen) der Kehlkopf nur den Ton liefere, die Articulation derselben aber erst durch Betheiligung der über dem Kehlkopf befindlichen Articulationsorgane (Rachen, Nasenhöhle, Gaumensegel, Zunge, Wangen etc.) erfolge. Es werden hierfür verschiedene Beweise angeführt.

Dann wird die Articulation der verschiedenen Sprachlaute (Vocale, Halbvocale oder Nasallaute und Consonanten) abgehandelt und auf die Rolle hingewiesen, die dabei namentlich dem Gaumensegel der Nasen- und der Nasen-Rachenhöhle zukomme. Bei der Besprechung der Rolle des Velum wird der grundlegenden Untersuchungen Passavant's gedacht und der Einwendungen, die seine Theorie von dem gänzlichen Abschluss des Cavum nasale vom Cavum orale des Rachens durch das Gaumensegel von verschiedenen Autoren erfahren hat. — Letztere hatten ihre Untersuchungen über den Verschluss der Gaumenklappe nicht an Individuen mit gespaltenem Gaumen angestellt, wie es Passavant gethan hat, sondern an Individuen mit intactem Gaumen, bei denen man entweder von obenher in Folge von hochgradigen Substanzverlusten des Oberkiefers das Spiel des intacten Velums beobachten konnte (Gentzen, Falkson) oder bei denen von vorne bei Atrophie der Nasenmuscheln und Zerstörung des Septums (Voltolini, Michel, Zaufal) ein Einblick in den Nasenrachenraum möglich war, oder bei denen man andere Untersuchungsmethoden anwandte (Pieniazek, Hartmann). — Aus allen diesen Untersuchungen scheint hervorzugehen, dass zwar bei allen Sprachlauten, die Vocale ausgenommen, ein Heben und Annähern des Gaumensegels an die hintere Rachenwand statt habe, dass es

aber streitig bleibt, ob es zu einem gänzlichen Abschluss der Nasenrachenhöhle von der Mundrachenhöhle komme. Der Autor fügt diesen Bemerkungen auf Grund der im pathologischen Theile seiner Arbeit gewonnenen Resultate noch hinzu, dass, wenn auch ein mehr weniger inniger Verschluss der Gaumenklappe bei allen Sprachlauten (die Nasalen ausgenommen) eintrete, dieser doch nur für das Zustandekommen der Explosivlaute (b, d, g, k etc.) unumgänglich nöthig sei.

Hierauf behandelt L. die Pathologie der Articulation und bemerkt, dass er nur den Theil berücksichtigen wolle, der durch Affectionen des Velum des Nasenrachen- und des Nasenraumes bedingt sei. Er giebt der diese Affectionen begleitenden Sprachstörung mit Kussmaul den Namen Rhinolalia und unterscheidet nach demselben Autor eine Rhinolalia clausa und eine Rhinolalia aperta. — Er weist nach, welche Verwirrung in der Literatur über Eintheilung und Deutung dieser Sprachstörungen herrscht und wie wenig man in der Symptomatologie der Nasen- und Gaumensegelaffectionen auf dieses Symptom achte.

Die Rhinolalia clausa entsteht dann, wenn die Nasen- oder Nasenrachenhöhle oder beide zugleich bei der Phonation geschlossen bleiben in dem Moment wo sie offen sein sollten.

Dabei kann 1. blos ein Hinderniss für das Ausströmen der Schallwellen vorwalten ohne wesentliche Verkleinerung der Höhlen (Verlegung der vorderen Nasenöffnungen oder Angewachsensein des Gaumensegels an die hintere Rachenwand); in welchem Falle blos die Aussprache der Nasalen (m und n) gehindert erscheint; oder 2. die Höhlen sind verstopft (adenoide Vegetationen, Polypen etc.), in welchem Falle nicht nur das Hervorbringen der Nasenlaute unmöglich ist, sondern auch die Resonanz aller anderen Sprachlaute vermindert oder aufgehoben wird. — Am deutlichsten zeigt sich dies bei Verlegung des Nasenrachenraumes (todte Sprache). — Die Rhinolalia aperta komme dadurch zu Stande, dass die Nasenrachenhöhle mit der Mundrachenhöhle in steter Communication bleibe in Folge mangelhaften Verschlusses durch das Gaumensegel. Ausgenommen die Nasenlaute erleiden alle Sprachlaute, namentlich aber die Explosivlaute (b, d, g, k etc.), eine wesentliche Störung in der Aussprache. Verf. zählt die verschiedenen Affectionen auf, die einen mangelnden Gaumenverschluss bedingen (Substanzverlust, Lähmung, Oedem, Infiltration, mechanische Behinderung und Atrophie des Gaumensegels) und führt mehrere an der Klinik des Ref. beobachtete Fälle von Substanzverlust und von Paralyse des Velum an, deren Alphabet er phonetisch wiedergiebt. — Er betont noch die Möglichkeit des Zustandekommens einer Rhinolalia mixta bei Tumoren, die den Nasenrachenraum nur theilweise ausfüllen, aber gleichzeitig die Bewegung des Gaumensegels mechanisch behindern.

Zum Schlusse bemerkt L., dass die strenge Scheidung dieser Sprachstörungen nicht nur von theoretischem, sondern auch von practischem Interesse sei und dass sie namentlich in wenig ausgesprochenen Fällen von Affectionen genannter Organe oder da wo eine Untersuchung, wie bei Kindern, erschwert ist (z. B. leichten paretischen Zuständen des Velum, kleineren Tumoren des Nasenrachenraumes etc.) einen diagnostischen Behelf abgeben. E. J. MOURE.

---

# III. Briefkasten.

## Eine separate laryngologische Section beim internationalen Congresse in Washington und die allgemeinen Aussichten für denselben.

Dem officiellen „Journal of the American Medical Association" vom 15. Mai 1886 entnehmen wir folgende lakonische Mittheilung:

„Im Einklange mit dem nachdrücklich vorgebrachten Wunsch der Otologen und Laryngologen erhielten letztere eine separate Section mit Dr. Wm. H. Daly (Pittsburgh) als Präsidenten und Dr. Wm. Porter (St. Louis) als Secretair."

Wie sich die Aussichten für den Congress im Allgemeinen gestalten, — darüber giebt folgender, im British Medical Journal vom 12. Juni veröffentlichter Brief, dessen Ausführungen sich mit uns privatim zugegangenen Informationen völlig decken, klare Auskunft:

„Das Jahresmeeting der American Medical Association hat stattgefunden, ohne einen merklichen Umschwung in der Lage der Dinge herbeigeführt und ohne jene Harmonie in den ärztlichen Kreisen wiederhergestellt zu haben, welche neuerdings in so trauriger Weise gestört worden ist. Es muss für Euch, in England, äusserst schwierig sein, diesen Zwiespalt der Meinungen zu verstehen, und ich prätendire nicht, die Ursachen, die zu demselben geführt haben, zu analysiren; andererseits aber ist es nicht unwichtig, dass Ihr die gegenwärtige Sachlage klar zu beurtheilen vermögt. — In dem ärztlichen Stande jedes Landes erringt sich eine beschränkte Anzahl von Fachgenossen durch ihre Thätigkeit und ihre Schriften einen allgemeinen Ruf und wird von ihren Collegen in ihrem speciellen Wirkungskreise als repräsentativ angesehen. Unter dieser Klasse suchte sich das ursprüngliche Congress-Comité seine Candidaten für das Bureau des Congresses aus. Es ignorirte locale Interessen vollständig, und da die Städte des Ostens ältere medicinische Centren bilden als die des Westens, so war der Procentsatz, den sie zum Vorstande des Congresses lieferten, allerdings ein sehr grosser. Das Comité handelte nicht weise in jedem einzigen, individuellen Falle; während es aber die hervorragendsten Leute für verantwortliche Stellungen auswählte, folgte es nur der Sitte der europäischen Länder, in welchen bis jetzt die internationalen Congresse abgehalten worden sind. Indem es die Codexfrage, welche den ärztlichen Stand im Staate New-York in zwei feindliche Lager spaltet, vollständig ignorirte, mag es einen schlimmen Irrthum begangen haben — und schlimm haben wir alle für denselben zu büssen gehabt! — indem es denselben aber beging, handelte es in bester Absicht und in Erfüllung eines speciellen, in Copenhagen gegebenen Versprechens.

Der Geist der späteren Handlungsweise der American Medical Association bei der Annullirung der Thätigkeit des ursprünglichen Comités lässt sich aus folgendem Auszug eines kürzlich erschienenen Artikels des Journals der Association entnehmen: „Der ärztliche Stand dieses Landes", sagt derselbe, „wird sich nicht damit zufrieden geben, ruhig zu sitzen und mit anzusehen, wie sich ein paar Leute alles Wissen, alles Prestige und alles Andere anmassen, was einen Arzt als vollendet erscheinen lässt.

Unser Land, unsere Sitten, unsere Institutionen sind zu demokratisch, als dass sich ein paar Leute erlauben dürften, sich „repräsentatio" zu nennen." Dieser demokratische Geist hat denn auch freies Spiel gehabt, mit dem traurigen Effect, die Majorität derjenigen Männer zu entfremden, welche in den Augen eines unbefangenen Zuschauers in der That als die „Repräsentanten" des ärztlichen Standes in Amerika erscheinen müssen. Es nützt den gegenwärtigen Organisatoren des Congresses nichts, sich mit dem Gedanken zu trösten, dass sie die Stellen der „Unversöhnlichen" mit Leuten ausgefüllt haben, die ebenso gut für Congresszwecke sind. Ein Vergleich der Bureauvorstände, welche von dem ursprünglichen Comité ernannt worden waren, mit denjenigen, welche nunmehr definitiv von dem gegenwärtigen Comité gewählt worden sind, weist einen höchst peinlichen Contrast auf, und selbst der oberflächlichste Beobachter wird nicht umhin können, das Fehlen derjenigen Männer, welche die hervorragendste Rolle in der amerikanischen Medicin spielen, in jeder einzelnen Section zu bemerken. Die grossen Städte des Ostens, Boston, New-York, Philadelphia und Baltimore werden wissenschaftlich gar nicht repräsentirt sein, da sich die Führer und wissenschaftlichen Arbeiter — mit zwei oder drei Ausnahmen — ganz fern halten werden. Austin Flint junior, Lewis Sayre und Lewis Smith von New-York sind die einzigen Männer erstes Ranges, welche den Osten in dem gegenwärtigen Congress repräsentiren. Die Liste derjenigen, welche „durch Abwesenheit glänzen", umfasst diejenigen Männer, welche in Europa am besten als die amerikanischen Männer der Wissenschaft und als Autoren bekannt sind. Männer wie Bigelow, H. J. Bowditch, H. P. Bowditch, Holmes, Warren, Chadwick, Homans von Boston; Delafield, Draper, Dalton, Loomis, Seguin, Sands Markoe, Jacobi, Lusk, Barker, Lefferts von New-York; Stillé, Da Costa, Pepper, Bartholow, Goodell, Gross, Weir Mitchell, Agnew, Ashhurst, Wood und Leidy von Philadelphia. Es ist ein Kampf des Westens und Südens gegen den Norden und Osten gewesen und der Westen und Süden hat gesiegt.

Vielleicht wird in den Händen der gegenwärtig im Amt befindlichen Leute der Congress mehr specifisch amerikanisch werden, als er es geworden wäre, wenn die stark mit europäischen Ideen erfüllten Männer des Ostens, welche die Zusammenkunft in conservativerer Weise geleitet haben würden, die Leitung in Händen behalten hätten. Der locale Zuspruch wird zweifelsohne ein bedeutender sein und auch in der gegenwärtigen Organisation finden sich Männer von genügendem Gewicht und Einfluss, um dem Congress einen gewissen Grad von Erfolg zu sichern: Die wissenschaftlichen Aussichten aber sind gegenwärtig nichts weniger als brillant."

---

## Holmes' Geschichte der Fortschritte der Laryngologie.

Wir freuen uns, unseren Lesern mittheilen zu können, dass der zum Schlusse der Besprechung dieser Arbeit gegebene Rathschlag (vgl. dieses Centralblatt, Jahrgang II., S. 519) bald verwirklicht zu werden verspricht. Herr R. Calmettes (Paris) hat es übernommen, dieselbe in's Französische, Herr O. Koerner (Frankfurt a. M.) sie in's Deutsche zu übersetzen. Die letztgenannte Uebersetzung dürfte bereits in Kürze bei Hirschwald in Berlin erscheinen. Auch eine italienische Uebersetzung wird geplant.

---

## Hospital for Diseases of the Throat, Golden Square, London.

Wie wir aus einem uns übersandten Bericht der Majorität der Aerzte des genannten Hospitals mit Bedauern entnehmen, sind zwischen dem Verwaltungsrath des Instituts und den meisten der an demselben angestellten Aerzten ernste Misshelligkeiten ausgebrochen, in Folge deren nicht weniger als fünf von den sechs activ beschäftigten Aerzten des Hospitals, nämlich die Herren Prosser James, Wm. Mac Neill Whistler, Ed. Woakes, George Stoker, W. H. Fenton-Jones, sowie der eine der beiden consultirenden Aerzte, Dr. Semple, von ihren Stellungen zurückgetreten sind. Die Differenzen drehten sich um die Frage, ob in rein medicinischen Angelegenheiten die Aerzte des Hospitals mitzusprechen hätten oder nicht, und die Resignationen erfolgten, weil nach der Ansicht der betreffenden Herren ihre Stellung durch die Handlungsweise des Verwaltungsraths unhaltbar gemacht worden war. Aus dem British Medical Journal vom 29 Mai ersehen wir, dass an Stelle der ausgeschiedenen Aerzte die Herren J. W. Bond, Greville Mac Donald und R. Norris Wolfenden an dem Hospital angestellt worden sind.

---

## Guy's Hospital, London.

Endlich hat sich die Facultät des Guy's Hospital, eines der grössten, gleichzeitig als medicinische Schule dienenden Hospitäler Londons, entschlossen, eine gesonderte Abtheilung für Halskrankheiten einzurichten. Zum Leiter derselben ist indessen kein Specialist, sondern einer der Assistant Surgeons des Hospitals bestellt worden.

So freudig wir die Errichtung der neuen Abtheilung begrüssen und so sympathisch die Persönlichkeit des gewählten Dirigenten derselben auch ist, so können wir im Interesse der Sache doch nicht umhin, unser Bedauern darüber auszusprechen, dass die Massregel nur eine halbe geblieben ist, und man nicht einen Specialisten dauernd mit der Leitung des Departements beauftragt hat. —

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang III. Berlin, August. 1886. No. 2.

# I. Referate.

## a. Allgemeines.

1) **Archibald E. Garrod** (London). **Eine Einführung in den Gebrauch des Laryngoscops. (An introduction to the use of the laryngoscope.)** London. Longmans, Green & Co. 1886.

Sehr hübscher, klar und präcis geschriebener Leitfaden, in welchem die Beschreibung und der Gebrauch des Laryngoscops und Rhinoscops, die Schwierigkeiten der Methoden, das laryngoscopische und rhinoscopische Bild, die Anatomie und Physiologie des Kehlkopfs, intralaryngeale Applicationen und Eingriffe in knappster, aber völlig ausreichender Form abgehandelt werden. — Zweifelhaft erscheint dem Ref. der Nutzen der Synopsis der Kehlkopfbilder bei den wichtigsten Kehlkopfkrankheiten, welche das letzte Kapitel des Büchleins bildet. Sie ist zu kurz, um wirklich zu belehren, und verführt bedenklich zum Schematismus in der Deutung des Gesehenen. Bei einer, hoffentlich bald nothwendig werdenden zweiten Auflage dürfte der Verf. vielleicht der electrischen Laryngoscope gedenken und dem Namen „Semeleder“ (S. 4) seine richtige Schreibweise angedeihen lassen. SEMON.

2) **F. Cardone** (Neapel). **Jahresbericht der Poliklinik für Kehlkopfkrankheiten des Prof. F. Massei. (Dispensario di Laringojatria dell' ospedale clinico gesu e Maria diretto dal Prof. F. Massei. (Rendiconto degli anni scolastici 1883/84 e 1884/85.)** *Tipografia l'Unione. Napoli, 1886.*

Der erste Theil dieses Berichts besteht in der statistischen Aufführung der von 1883—1885 behandelten 1060 Kranken.

Es entfallen auf:

| | |
|---|---|
| Affectionen der Nase und des Nasenrachenraums | 192, |
| Affectionen des Isthmus und der Mundhöhle . . | 155, |
| Affectionen des Pharynx . . . . . . . . . . | 140, |
| Affectionen des Larynx . . . . . . . . . . . | 202, |
| Affectionen der benachbarten Organe . . . . | 18, |
| Affectionen mehrerer Organe zugleich . . . . | 359. |

Diese Kategorien zerfallen wieder in Abtheilungen und Unterabtheilungen, und so entsteht eine äusserst genaue und detaillirte Statistik, die sich zur Wiedergabe in einem Referat nicht eignet.

Ebenso verhält es sich mit dem zweiten Theil, der in kurzen Sätzen die bei sämmtlichen Krankheitsformen angewandte Therapie behandelt.

Der dritte Theil erörtert die Häufigkeit der einzelnen Affectionen, Alter und Geschlecht der Befallenen etc. Auch bezüglich dieses Abschnittes muss auf das Original verwiesen werden. Ein Anhang bringt die in Massei's Poliklinik üblichen Recepte.

KURZ.

3) **F. Cardone** (Neapel). **Chronik der laryngologischen Klinik. (Cronica della clinica laringojatrica.)** *Archivii Italiani di Laringologia. Fasc. 3 e 4. 1886.*

Neun Fälle verschiedener Erkrankungen aus Massei's Ambulatorium.

1. Primäres Kehlkopfepitheliom. — 60jähr. Frau mit Stimmlosigkeit und Fremdkörpergefühl im Hals. Schwellung mit leichten Erhabenheiten, vom linken Ventric. Morgagni ausgehend. Excidirte Stücke zeigen die mikroscopischen Charactere des Epithelioms.

2. Spasmus glottidis bei syphilitischer Halsdrüsenschwellung. — 25 jähr. Mann, der vor 5 Jahren Lues durchgemacht, bekommt plötzlich Nachts heftiges Zusammenziehen im Hals mit Erstickungsnoth, welche sich von nun an wiederholt. Rechts und links unter dem Sternocleidomastoideus harte, vergrösserte Drüsen. Laryngoscopische Untersuchung negativ.

3. Tertiäre Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfs. — 26jähr. syphilitische Frau bekommt Halsschmerzen, Husten, Heiserkeit, Fieber, Nachtschweisse. Schwellung der Epiglottis mit Substanzverlust, ebenso der Aryknorpelschleimhaut und der falschen Stimmbänder. Diverse Drüsenschwellungen. Ueber der rechten Lunge verschärftes Athmen. Die Diagnose wird auf Lues gestellt, um so mehr, als eine gummöse Geschwulst im Pharynx auftritt. Die mikroscopische Untersuchung des dem Larynx entnommenen Schleims ergiebt Tuberkelbacillen.

4. Neoplasma der linken Tonsille. — 39jähr. Frau leidet seit einigen Monaten an Schlingbeschwerden. Linke Tonsille vergrössert, weich, roth, ulcerirt. Submaxillardrüsen geschwellt. Diagnose schwankt zwischen gummösem Infiltrat und Epitheliom.

5. Chronisches Kehlkopfoedem nach einem Trauma. — 25jähr. Mann bekommt, nachdem ihm eine Fischgräte im Hals stecken geblieben und von ihm selbst entfernt worden war, zusammenschnürendes Gefühl im Hals, Erstickungsanfälle. Drüsenschwellungen, Schwellung der Gaumenbögen, Oedem der Epiglottis, der Plicae aryepiglotticae und der Aryknorpelschleimhaut. Es besteht zugleich einiger Verdacht auf Lues.

6. u. 7. Zwei Fälle von Nasenbluten in Folge von varicösen Gefässerweiterungen am knorpeligen Theil des Septum; geheilt durch Galvanocaustik.

S. u. 9. Zwei Kinder mit adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum, einer in Italien seltenen Affection.

KURZ.

4) **Felix Semon** (London). **Das Departement für Halskrankheiten des St. Thomas-Hospitals im Jahre 1884. (The throat-department of St. Thomas's Hospital in**

1884.) *St. Thomas's Hospital Reports. Vol. XIV. p. 211—217.* J. & A. Churchill. London, 1886.

Der diesmalige Bericht (vgl. Centralblatt, Vol. I., S. 267) beschränkt sich wegen Ueberhäufung des Verf.'s mit anderweitiger Thätigkeit auf eine Uebersicht des im Jahre 1884 zur Beobachtung gekommenen Materials in Form mehrerer Statistiken. Die Gesammtzahl der behandelten Kranken betrug 737. Bemerkenswerth waren u. a.: ein Fall von Tuberculose des Gaumens und Pharynx, ein Fall von Stoerk'scher Blennorrhoë der oberen Luftwege, ein traumatisches Haematom des rechten Giessbeckenknorpels, acht Fälle gutartiger, sieben Fälle bösartiger Kehlkopfneubildungen, zwei Fälle von Vaguslähmung, vier Fälle von Recurrenslähmung, vier Fälle von Abductorlähmung, ein Fall von Aphonia spastica, ein Fall (zweifelhaft) von Tracheocele, ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus, ein Fall von Tuberculose der Nasenschleimhaut. Mehrere der genannten Fälle sollen im Bericht für 1885 oder anderswo ausführlich mitgetheilt werden. AUTOREFERAT.

5) **J. W. Gleitsman. Jahresbericht der Halsabtheilung des German Dispensary, New-York, nebst Bemerkungen über die Behandlung der Larynxphthise und die Reflexneurosen in Folge von Nasenerkrankungen. (Annual report of the throat department of the German dispensary, New-York, with remarks on the treatment of laryngeal phthisis and on reflex neuroses due to nasal disease.)** *New-York Med. Record. 16. Jan. 1886.*

Die Zahl der in einem Jahre behandelten Fälle betrug 2042.

Von den 19 in den Tabellen des Artikels zusammengestellten verschiedenen Krankheiten hat der Autor zwei Gruppen zur Besprechung ausgewählt, nämlich die Behandlung der Larynxphthisis und die Reflexneurosen in Folge von Nasenkrankheiten.

Was die erste betrifft, so berechtigen seine Beobachtungen (welche in der Abhandlung ausführlich mitgetheilt werden) zu folgenden Schlüssen: 1. Jodoform ist gegenwärtig das beliebteste Mittel. Milchsäure, mit welcher G. seit der Empfehlung von Krause experimentirt hat, ist in den meisten Fällen von phthisischer Ulceration werthvoll. 2. Ihre Anwendung schützt nicht vor dem Entstehen neuer Infiltrationen oder Ulcerationen. 3. Wird sie nicht mit anderen Massnahmen combinirt, so hat sie auf Infiltrationen, welche von intacter Schleimhaut und Epithel bedeckt sind, keine oder nur geringe Wirkung.

In dem zweiten Theil seiner Arbeit unterscheidet Verf. zunächst zwischen normalen und pathologischen Reflexerscheinungen. Zu ersteren gehört das Niesen, hervorgerufen durch das Einathmen von Staub oder durch das Einführen reizender Pulver in die Nase; das Thränenträufeln, durch ähnliche Ursachen bedingt; ferner die Reflexverwandtschaft zwischen Nasenschleimhaut und Respiration und Circulation, wie sie von Kratschmer beschrieben wurde.

Es giebt sehr mannigfaltige Reflexneurosen, von denen am häufigsten vorkommen: 1. Spastische Neurosen, wie Bronchialasthma, krampfhaftes Niesen und Husten, desgleichen Glottiskrampf. 2. Neurosen der sensorischen Sphäre, wie abnorme und schmerzhafte Sensationen im Pharynx und Larynx, Hemicranie, supraorbitale Neuralgie und andere Neuralgieen in entfernteren Körpertheilen. 3. Vaso-

motorische Reflexe, wie Erythem der Nase, Gesichtsoedem, erysipelatöse Schwellung der Augenlider und Wangen. Zu dieser Gruppe können auch die Anfälle von Vertigo und, nach Ansicht der meisten englischen Schriftsteller, das Heufieber gerechnet werden. 4. Seröse Neurosen, welche sich äussern in profuser, plötzlicher seröser Secretion aus der Nase, in Thränenträufeln, welches in diesem Fall nicht durch einen mechanischen Verschluss des Duct. lacrymal. bewirkt wird; endlich Salivation. Ferner sind beobachtet worden Scotome, Palpitationen des Herzens und epileptoide Anfälle etc.

Sobald man im Zweifel ist, ob die Neurosen durch eine Nasenaffection bedingt sind, kann die Anwendung des Cocaïn zur Diagnose verhelfen, da Fälle beschrieben werden, bei welchen die Reflexneurosen sofort sistirten, wenn man Cocaïn auf die Hypertrophien der Nase applicirte.

Zur Behandlung soll man, bevor man zum Cauterium actuale greift, mildere Mittel zur Beseitigung der Hypertrophien wählen, z. B. Jodglycerin, Jodzink; von den Causticis Acidum nitr., Chromsäure, Eisessig etc.; unsere Hauptzuflucht wird immer der Galvanocauter bilden, weil er schnell und sicher wirkt. LEFFERTS.

6) **Ziegelmeyer. Bad-Bericht über die Saison 1885 im Schwefelbade Langenbrücken.** Bruchsal. D. Weber. 1886.

Unter den Krankengeschichten sind bemerkenswerth:

1. Ein Fall von chronischer eitriger Rhinitis mit Erkrankung des rechten Sinus maxillaris; Oedem des rechten Auges, Schmerzen unter dem rechten Jochbogen, periodisches Asthma, das später verschwand; galvanocaustische Behandlung und Nasendouchen mit Schwefelwasser. Fast völlige Heilung.

2. Idiopathische Hypertrophie der Larynxschleimhaut. Regio aryepigl. und interarytaen. hypertrophirt, Taschenbänder die Stimmbänder überlagernd; gleichzeitiger Nasenrachencatarrh und stimmliche Ueberanstrengung. Beträchtliche Besserung durch Aetzungen mit Arg. nitr. und Acid. chromicum, sowie Schwefelwasserinhalationen.

3. Primäre tuberculöse Larynxgeschwüre bei scheinbar freier Lunge. Heilung der Geschwüre. Rückgang der Infiltrate.

4. Linksseitige Recurrenslähmung bei Dämpfung der linken Lungenspitze; wahrscheinlich Compression durch pleuritische Schwarte.

5. Asthma mit Urticaria alternirend; ersteres folgt regelmässig der letzteren nach, vermuthlich durch Quaddelbildung der Schleimhaut oder als Reflex.

SCHECH.

7) **Felix Semon** (London). **Fortschritte der Behandlung von Hals- und Nasenkrankheiten im Jahre 1885.** „*The Year-Book of Treatment.*“ Cassel & Co. London, 1885.

Wir verweisen auf das Ref. 8, S. 270 des ersten Jahrganges des Centralblatts. In dem diesmaligen Jahresbericht fällt der Löwenantheil natürlich der Anwendung des Cocaïns in Nase und Hals zu, über welche alles Wissenswerthe in übersichtlicher Form mitgetheilt wird; ausserdem werden die Substitute des Cocaïns, ferner Aluminium acetico-tartaricum und -acetico-glycerinatum siccum, Glycerinum aluminis, die Anwendung der Chromsäure, Resorcin, Mineralwässer,

Inhalationen, Gefahren der Nasendouche, Eczema introitus narium, Localbehandlung der Epistaxis, die von der Nase ausgehenden Reflexneurosen (der Autor steht mehr als je auf dem skeptischen Standpunkt, den er in Kopenhagen motivirte), chronische Rhinitis, Nasenpolypen, Ozaena, Heufieber, Nasenbougies, Affectionen der Bursa pharyngea, Verbrühungen des Halses, Syphilis der Mundrachenhöhle, Milchsäure etc. bei Kehlkopfphthise kurz abgehandelt. Zu wiederholten Malen bemerkt der Verf., dass — abgesehen von der Einführung des Cocaïns in den laryngo-rhinologischen Arzneischatz, deren Wichtigkeit freilich kaum hoch genug angeschlagen werden könne — die therapeutische Ausbeute des Jahres 1884 ganz auffallend gering sei. AUTOREFERAT.

8) **F. Massei** (Neapel). **Kritische rhinologisch-laryngologische Revue. (I punti sugl' I. — Rivista critica di rinologia e laringologia.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola etc. No. 2. 1886.*

M. bespricht eine Anzahl neuerer Arbeiten auf dem genannten Gebiet.

Bezüglich des Cocaïns hebt er hervor, dass es nicht immer die Reflexerregbarkeit unterdrückt, überhaupt nicht im Stande ist, jeden Studenten zum Kehlkopfpolypen-Operateur zu machen — ein Satz, der ihm gewiss zugegeben werden muss. Dagegen erkennt er die Bedeutung des Cocaïns als eines die Hyperästhesie beherrschenden Mittels an.

Hinsichtlich der irritablen Zone der Nasenschleimhaut huldigt er der Ansicht von Baratoux, der bekanntlich eine beschränkte Partie des Septums als solche anspricht (vergl. das Referat in diesem Centralblatt).

Die Hering'sche Chromsäureätzung wendet M. häufig an und hält sie für einen grossen Gewinn der Therapie.

Von der von Krause und Jellinek empfohlenen Milchsäurebehandlung hat er bei tuberculösen Geschwüren gute palliative Wirkung gesehen, ebenso auch vom Jodoform.

Mit Recht wendet sich M., da, wo er vom Croup spricht, gegen die in Italien nur zu sehr übliche kritiklose Verordnung von Brechmitteln, da, wie er schon früher hervorgehoben hat, das Athemhinderniss sehr häufig nicht durch die Croupmembranen, sondern durch die in Folge der Schwellung eintretende Pseudoanchylosis crico-arytaenoidea bedingt ist, und man mit den Brechmitteln nur die richtige Zeit zur Ausführung der Tracheotomie versäumt, welche in Italien viel zu selten und zu spät gemacht wird.

Gegenüber der von Krause aufgestellten Ansicht, dass die als Lähmung der Crico-arytaenoidei postici angesehene Affection vielmehr auf einer Contractur der Antagonisten beruhe, hält M. an der von Semon formulirten Theorie fest, die ihm durch die nicht vorwurfsfreien Beobachtungen und Experimente Krause's nicht erschüttert zu sein scheint.

Nach einigen Bemerkungen über die Extraction von Fremdkörpern und über die Schrötter'sche Dilatation der Kehlkopfstenosen kommt M. auf seine Arbeit über primäres Kehlkopferysipel zu sprechen, von der er sagt, dass sie beinahe todtgeschwiegen worden sei. (Die italienische Ausgabe ist bereits in diesem Centralblatt referirt worden; die umgearbeitete deutsche Ausgabe wird in der nächsten Nummer ausführlich referirt werden. Red.) KURZ.

9) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Uebersichtsartikel der im Jahre 1885 gemachten Fortschritte auf dem Gebiete der Oto-Rhino-Pharyngo-Laryngologie (Oversigtsartikel over de i Aaret 1885 gjorte Fremskridt paa Oto-Rhino-Pharyngo-Laryngologiens Omraade.)** *Ugeskrift for Läger. Raekke 4. Bind 13. No. 1 u. 2. 1886.*

Der Titel zeigt den Inhalt des Artikels. AUTOREFERAT.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **G. Schidt. Rhinoscopie, kurzer Leitfaden für Studirende und Aerzte. (Rinoscopia, kratkoe rakowodstwo deja wratschei i studentow.)** N. Petrow. Petersburg, 1886.

In seiner Vorrede sagt der Verf., er habe dieses Büchlein für Studirende und practische Aerzte bestimmt, die sich nicht speciell mit diesem Gegenstande beschäftigen und sich schnell in gegebenem Falle orientiren müssen. In russischer Sprache existire nur eine Uebersetzung der Rhinoscopie von Stoerk (Verf. hat „Die Krankheiten der Nase" von Nikitin nicht erwähnt). Er würde sich vollkommen zufrieden geben, falls diese seine kleine Arbeit irgend Jemandem einen Nutzen brächte. Diesen seinen bescheidenen Zweck hat Verf. sicher erreicht, indem er, allerdings nur das Allernothwendigste, in knapper aber klarer Weise zusammengestellt hat. Mehr freilich darf man in dem Büchlein nicht suchen. Allen Aerzten, die fern von den Centren des grossen russischen Reiches, in kleinen Städten und Dörfern practiciren und ganz auf sich selbst angewiesen sind, wird dieses Werkchen entschieden willkommen sein. LUNIN.

11) **Voltolini** (Breslau). **Beitrag zur Rhinoscopie. (Contribuzione alla Rinoscopia.)** *Archivio internazionale di laringologia etc. Fasc. I. 1886.*

Beschreibung seines Gaumenhakens, welchem er folgende Vortheile vindicirt:

1. Auch in den günstigsten Fällen gelingt die Untersuchung ohne den Gaumenhaken nie so gut wie mit demselben.

2. Mit dem Instrumente muss die Untersuchung in allen Fällen gelingen. KURZ.

12) **F. Cardone** (Neapel). **Rhinologische Notizen. (Note di clinica rinojatrica.)** *Archivio internazionale di otojatria, rinojatria ed aeroterapia. Fasc. IV. 1885.*

I. Papillome bei einem scrophulösen Mädchen vom Septum und von der Grenze zwischen Nasenschleimhaut und Cutis ausgehend. Die Massen, welche die Nasenhöhle vollständig verstopfen, werden mit Pincette und kalter Schlinge abgetragen, die Reste mittelst Galvanocaustik und Chromsäure zerstört.

II. Adenoide Vegetationen bei einem 2jährigen Kinde und bei einem 15jähr. Mädchen, mit dem Catti'schen Instrument operirt.

III. Septumdeviation bei atrophischer Rhinitis, erfolgreich behandelt durch continuirlichen Druck mittelst grosser Wattetampons.

IV. Stirnhöhlencatarrh, diagnosticirt aus dem Druckgefühl in der Stirngegend und dem reichlichen Ausfluss bei negativem rhinoscopischem Befund.

V. Ozaena mit Schleimhautschwellung, grünen Borken, ekelhaftem Geruch. Vollständige Heilung in 4 Monaten unter dem Gebrauch der Nasendouche, Zer-

stäubung von Resorcinlösung, Einblasung von Calomel; Jodoformsalbe, Tamponade.

VI. Schwindel und Taubheit in Folge von chronischer Rhinitis, geheilt nach Excision und galvanocaustischer Aetzung der geschwollenen und prolabirten Mucosa.

VII. Asthma und Taubheit in Folge von Prolaps der Nasenschleimhaut; noch in Behandlung. KURZ.

13) **Hollaender** (Halle a. S.). **Drei Fälle aus der Praxis.** *Oest.-Ung. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Heft II. April 1886.*

Von diesen drei Fällen interessirt uns nur der eine; bei demselben hatte rechtsseitig ein cariöser Schneidezahn die Bildung einer Fistel durch den Alveolus bis in die Nasenhöhle veranlasst. Extraction des Zahnes brachte Heilung. Auf der linken Seite bestand eine knöcherne Auftreibung einer Alveole, auch durch Pulpitis des zweiten Backenzahnes veranlasst. Die Wand dieser Cyste wurde nach Extraction des Zahnes mit dem Meissel eröffnet und ihre Communication mit der Highmor'shöhle nachgewiesen.

Nach einjähriger Behandlung durch Ausspritzung war die Cyste fast ganz zurückgebildet. Die Kranke litt an Neuralgien, die nach der Heilung aufhörten. CHIARI.

14) **E. Hanson Griffin. Ein in die Nase gewachsener Zahn. (A tooth growing in the nose.)** *New-York Medical Record. 13. März 1886.*

Als man den Hals des Patienten untersuchte, fand man einen Spalt sowohl im weichen wie im harten Gaumen. Bei der Untersuchung des Zahnfleisches am Oberkiefer konnte man die Wurzel des zweiten Schneidezahns in dem Gewebe constatiren, während sich in der Nase ein vollständig entwickelter Zahn präsentirte, der vom Boden des Nasenlochs in die Nasenhöhle hineinragte. Patient erklärte, dass er diesen Zahn schon seit Jahren habe, und dass er ihm gar keine Unbequemlichkeit bereite. LEFFERTS.

15) **Schmid** (Prag). **Demonstration eines Kiefers mit Zahn-Heterotopie.** Verein der deutschen Aerzte in Prag. Sitzung vom 5. März 1886. *Prager med. Wochenschrift. No. 10. 1886.*

Der erste Eckzahn findet sich ausserhalb der Zahnreihe im Kiefer retinirt, und zwar derart, dass er über dem ersten Backenzahne mit seiner Krone am Boden der linken Nasenhöhle erscheint, von einer fest adhärenten dunkelpigmentirten Zahnsteinauflagerung bedeckt. In der Umgebung derselben befindet sich eine halbkreuzergrosse Schleimhautulceration. CHIARI.

16) **H. M. French. Nasencatarrh. (Nasal catarrh.)** *Trans. New Hampshire Med. Soc. p. 63—71. Manchester, 1885.*

F. giebt ein Resumé über die Symptome und die allgemein übliche Behandlungsmethode des Nasencatarrhs. Er behauptet von sich, dass er die „einfachen Fälle von Catarrh" in 2 bis 3 Wochen bessern, in einem Monat heilen könne. LEFFERTS (MORGAN).

17) **Putilow** (Omsk). **Ersatz der Bellocque'schen Röhre durch ein Drainrohr. (So mena Bellocowoi trubki drenaschem.)** *Russ med. No. 11. 1885.*

Die Ueberschrift enthält den ganzen Inhalt. LUNIN.

18) **Maxwell Ross** (Edinburgh). **Verbesserte Nasenbougies. (Improved nasal bougies.)** *Edinburgh Med. Journal. August 1885.*

Demonstration der Hunter Mackenzie'schen Nasenbougies (vgl. Centralblatt, Vol. II., 1885—1886, S. 111) vor der Edinburgh Med.-Chir. Society. Die Formel für die Basis derselben ist:

℞ Gelatin. 30,0
Aq. dest. 45,0.
Nach 12stündiger Durchsaugung
Glycerin. 45,0

hinzuzufügen und die Mischung im Wasserbade aufzulösen.

Die vorgezeigten Bougies enthielten $^1/_8$ Gran Belladonna; natürlich lassen sich andere Medicamente (Cocaïn) in derselben Weise verwerthen. SEMON.

19) **Cooke** (Stroud). **Ausgedehnte Ulceration des Septum und der Alae Nasi. (Extensive ulceration of the alae and the septum nasi.)** *Lancet. 5. Sept. 1885.*

Es handelt sich um einen einfachen Fall tertiärer Syphilis der Nase und des Rachens mit ausgedehnten Substanzverlusten. Die Ulcera heilten unter antisyphilitischer Behandlung. SEMON.

20) **Sune y Molist. Deformation der Nase in Folge traumatischer Deviation des knorpeligen Theiles des Septum. Heilung.** *Revista di lar., otol. etc. No. 3. September 1885.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KISPERT.

21) **F. L. Parker. Ein Fall von Anosmie, verbunden mit knöcherner Stenose des Vomer, Verengerung des Meatus inferior der Nase. Operation mittelst Drillbohrer, Besserung des Geruchs. (Case of anosmia, associated with bony stenosis of vomer with contracted inferior meatus of the nose. Operation by drilling, followed by improvement in smell.)** *Trans. South Carolina. Med. Assoc. Charlestown. p. 59—63. 1885.*

Der Inhalt des Artikels geht vollständig aus dem Titel hervor. LEFFERTS (MORGAN).

22) **W. E. Casselberry** (Chicago). **Ein Fall von membranösem Verschluss der Choanen, mit dem Galvanocauter operirt. (A case of membranous occlusion of the posterior nares, with operations by the galvanocautery.)** *Journal of the Amer. Med. Association. 8. August 1885.*

Der Titel des Artikels giebt die Beschreibung des Falles. (Pat., 40 Jahre alt, hatte 13 Jahre an Nasenverstopfung gelitten.) LEFFERTS.

23) **P. A. Heitz. Behandlung der Nasenpolypen mit Tanninpulver. (On the treatment of nasal polyps by powdered tannic acid.)** *Trans. Minnesota Med. Soc. p. 63. St. Paul, 1885.*

Journal nicht zugänglich. LEFFERTS (MORGAN).

24) **Horand. Ueber das Acnesyphilid der Nase. (De la syphilide acnéique du nez.)** *Annales de dermatologie et de syphilographie. No. 7. pp. 85—399. 1885.*

Die genannte Affection hat ihren Sitz auf der Haut der Nasenflügel, manchmal auch auf der angrenzenden Haut der Wangen, der Oberlippe, greift aber nie

auf die Schleimhaut, die Knorpel und Knochen der Nase über. — Sie ist gekennzeichnet durch Pusteln von verschiedenem Volumen und von verschiedenem Entwicklungsstadium, die sehr an die Pusteln der Acne indurata erinnern. Die Pusteln können isolirt bleiben oder sich vereinigen und, wenn sie bersten, kleinere oder grössere Ulcerationen veranlassen. Die umliegende Haut ist dunkelroth verdickt und mit blatternähnlichen Narben bedeckt, die von früher bestandenen geheilten Pusteln herrühren. — Die Nase kann verdickt und missgestaltet sein, wenn die Affection die ganze Nasenoberfläche beherrscht. — Die Affection verläuft ohne Schmerzen und ohne Drüsenschwellung, hat aber einen langwierigen Verlauf. Sie stellt eine Spätform der Syphilis vor und kommt im Allgemeinen sehr selten vor. Die Behandlung ist eine locale und eine allgemeine, gegen die Syphilis gerichtete.

Zum Schlusse werden die differentialdiagnostischen Merkmale zwischen dieser Affection und der gewöhnlichen Acne, der Acne rosacea, dem Impetigo, Lupus und Cancroide der Nase angegeben. Drei Beobachtungen illustriren dieses Krankheitsbild. E. J. MOURE.

25) **Lerat. Polymorphes Epitheliom des Nasenrückens. (Epithéliome polymorphe du dos du nez.)** *Journal de méd. de l'Ouest. XIX. p. 278—281. Nantes, 1885.*

Unzugänglich. E. J. MOURE.

26) **Vincentiis. Mucocele, resp. Ektasie des Siebbeinlabyrinths.** *Rivista internaz. di med. e chir. No. 4. 1885.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

27) **Tillmanns** (Leipzig). **Ueber todte Osteome der Nasen- und Stirnhöhle.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 32. Heft 3. 1885.*

Ausführlichere Bearbeitung eines auf dem XIV. Congresse deutscher Chirurgen 1885 gehaltenen Vortrages, über den bereits in Referat 17, No. 5, Jahrgang II. dieses Blattes referirt wurde. SCHECH.

28) **Garretson. Osteosarcom. Exstirpation des Oberkiefers, der Nasenmuscheln, der Nasenbeine, der Thränenbeine und eines Theils des Siebbeins. (Osteosarcoma. Removal of the upper jaw, of the turbinated nasal and lachrymal bones and a portion of the ethmoid.)** *Independent Practitioner. VI. p. 581. Buffalo, 1885.*

Der Titel beschreibt zugleich den Fall. LEFFERTS.

29) **Harrop Garstang** (Knutsford). **Tödtlicher Fall von Rotz. (Fatal case of equinia [farcy]).** *Lancet. 24. October 1885.*

Typischer Fall. Auffallend nur, dass die Inoculation angeblich an einer unverletzten Hautstelle erfolgte. SEMON.

30) **Genersich** (Klausenburg). **Ueber Actinomycosis.** *Orvosi Hetilap. No. 33, 34. 1885.* — Excerpt in *Pester med. chir. Presse. No. 41 u. 42. 1885.*

G. beschreibt einen Fall von Actinomycosis des linken Oberkiefers eines Mastochsen; dieser Knochen war in eine osteosarcomatöse Masse umgewandelt. Durch dieselbe war die Highmorshöhle und Nasenhöhle nahezu ausgefüllt. Die Untersuchung ergab zahlreiche Actinomyces-Colonien. G. hält es für zeitgemäss,

dass bezüglich der Verwendung des Fleisches actinomyceskranker Thiere strenge staatliche Vorschriften gegeben würden, damit die Uebertragung des Pilzes auf den Menschen verhindert werde CHIARI.

## c. Mundrachenhöhle.

31) **Bockhart. Zur Aetiologie und Behandlung der ulcerösen Mercurialstomatitis.** *Monatshefte für pract. Dermatologie. No. 8. 1885.*

Bei vielen Menschen, namentlich Frauen, findet sich an der Wangenschleimhaut eine horizontale, dem Verlaufe der Zähne entsprechende Schleimhautwulstung; nicht minder oft ist das Zahnfleisch des unteren Weisheitszahnes im Durchbruch oder noch prall über die Krone dieses Zahnes gespannt. Diese erwähnten Stellen erleiden nun beim Kauen Läsionen und verlieren dadurch ihr Epithel; dadurch aber wird die Stomatitis mercurialis sehr begünstigt; Verf. machte mehrfache Versuche und kam zu folgenden Resultaten:

1. Wenn Sublimatlösungen häufig oder fortwährend auf epithelienlose Stellen der Mundschleimhaut einwirken, so wird die Ueberhäutung und Heilung gehemmt.

2. Werden während einer solchen Einwirkung des Sublimats auf epithelienlose Stellen der Mundhöhle die in dieser angesiedelten Pilze fleissig entfernt, so entsteht nur Necrose der tieferen Epithelschicht jener erodirten Partien mit oder in Folge einer verhältnissmässig geringen Pilzansiedelung.

3. Werden aber während einer solchen Sublimateinwirkung die in der Mundhöhle immer angesiedelten Pilze nicht entfernt, so entstehen an Stelle jener Erosionen diphtheritische Geschwüre mit oder in Folge massenhafter Pilzentwicklung.

Die Mercurialstomatitis localisirt sich aber auch ausser an den bereits erwähnten Stellen auch noch an Schleimhautstellen, welche durch spitzige cariöse Zähne erodirt werden oder am Zungenrand, wenn die Schleimhaut schwillt und beim Kauen zwischen die Zähne kommt. Nach Einreibungscuren tritt Stomatitis eher auf als bei Injectionscuren.

Den prophylactischen äusseren Gebrauch des Kali chloricum hält Verf. für illusorisch; bei Leuten, welche mit den oben erwähnten Epithelialverlusten der Mundhöhle nicht behaftet sind, ist ein eignes Mundwasser überhaupt nicht nöthig, da sie, wenn sie nicht eine besondere Idiosyncrasie gegen Quecksilber haben, Mercurialstomatitis überhaupt nicht bekommen; sie sollen nur mehrmals täglich die Mundhöhle mit Kali hypermang. ausspülen. Cariöse Zähne sind vor Beginn einer Quecksilbercur zu entfernen, erodirte Schleimhautstellen mit Bepinselungen einer 5—10 proc. Tanninlösung und Ratanhamundwasser zu beseitigen; dieselben Proceduren müssen auch während der Cur beibehalten werden. Mercurialgeschwüre ätzt man mit Bromwasserstoffsäure; damit ist der innerliche Gebrauch des Kali chloricum pro die bis zu 10,0 Grm. (!) zu verbinden. SCHECH.

32) **Bockhart. Cocaïn als Anodynon bei Mercurialstomatitis.** *Monatshefte für Dermatologie und Syphilis. No. 2. 1886.*

Empfehlung von Cocaïnbepinselungen 10—20 proc. Lösung bei schmerzhafter

Schwellung des Zahnfleisches und der Zunge; bei Schleimhautläsion genügt eine 5proc. Lösung; der verwendete Pinsel muss nach der jedesmaligen Benutzung mit Carbolsäure desinficirt werden, da die an dem ungereinigten Pinsel haftenden Pilze der Mundhöhle die Cocainlösung verderben. SCHECH.

33) **Gussenbauer** (Prag). **Demonstration eines Mannes mit Defect der Oberlippe, Unterlippe, Wange und der Mundhöhlenschleimhaut der linken Seite in Folge von Noma.** Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 26. Febr. 1886. *Prager med. Wochenschrift. No. 9. 1886.*

Die Plastik geschah für Ober- und Unterlippe aus einem gefingerten Lappen, worauf noch durch Stomatoplastik der Mund erweitert wurde. Dadurch wurden die Zähne verdeckt und auch das Oeffnen und Schliessen des Mundes ermöglicht. Narbige Kieferklemme fehlte. CHIARI.

34) **Saint-Germain** (Paris). **Ueber einige Affectionen des Mundes bei Kindern. (Sur quelques affections de la bouche chez les enfants.)** *Journal de méd. et de chir. No. 1. p. 17—19. Januar 1886.*

Es wird die Operation der Epulis, des oft nur vermeintlich angewachsenen Frenulum linguae, der Ranula, der Zungenwunden, der zu langen Uvula bei Kindern kurz besprochen. Bei Blutungen aus dem Alveolarfortsatze nach Zahnextraction wird das Anpressen von weichem Wachs empfohlen. Nichts von Belang.
E. J. MOURE.

35) **G. Thibierge. Ueber die Läsionen der Mundschleimhaut beim Lichen planus. (Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan.)** *Annales de Dermatologie et de syphilographie. Tome VI. No. 2. 1885.*

Nach einer kurzen historischen Einleitung des Gegenstandes werden 3 Fälle von Lichen planus mit ähnlichen Veränderungen an der Mundschleimhaut in ihren Details wiedergegeben.

Der erste Fall zeigte diese Veränderung an der Mundschleimhaut in ausgedehntem Maasse, und ist auch dadurch interessant, dass der Hauteruption des Lichen eine eigenthümliche Form von Stomatitis lange Zeit vorhergegangen war.

Der zweite Fall bot ganz dieselben Schleimhautveränderungen dar wie der erste und wurde deshalb, wiewohl hereditäre Lues bestand, vom Autor mit einer gleichzeitig aufgetretenen Hauteruption von Lichen planus in Zusammenhang gebracht.

Der dritte Fall zeigte nur ganz leichte Läsionen der Mundschleimhaut.

Diese Schleimhautläsionen betreffen hauptsächlich die Zunge und die Wangenschleimhaut. An der Zunge sieht man weisse Flecke, die sich durch ihre Farbe deutlich von der Umgebung abheben. Sie sind rundlich oder leicht unregelmässig geformt und zeigen keinerlei Erhebung. An der Schleimhaut der Wange dagegen sieht man kleine Papeln, die entweder zugespitzt oder rundlich oder sternförmig sind. Sie zeigen eine rein weisse, oft eine glänzend weisse Farbe, und stehen vereinzelt oder sind zu Plaques vereinigt. Im Bereiche dieser Plaques, zwischen den einzelnen Papeln zeigt die Schleimhaut leichte Erosionen oder ist sogar abgeflacht und von narbigem Aussehen. Diese Veränderungen können der Hautaffection vorangehen oder mit dieser gleichzeitig auftreten. Sie rufen bei

den Kranken nur ein Gefühl der Rauhheit der Mundschleimhaut hervor und erzeugen sonst keinerlei functionelle Störungen.

Dass der Lichen planus der Mundschleimhaut andere Charactere darbietet als der Lichen planus der Haut, das hänge mit dem verschiedenen histologischen Bau von Schleimhaut und Haut zusammen. E. J. MOURE.

36) **Gross** und **Vautrain** (Nancy). **Ranula. (Grenouillette.)** *Revue méd. de l'Est. No. 2. 15. Januar 1886.*

Es werden 2 Fälle von acut zu Stande gekommener Froschgeschwulst beschrieben. Im ersten Falle lag die Ursache wahrscheinlich in einer in einem epileptischen Anfalle erfolgten Verletzung der Zunge mit consecutiver entzündlicher Verengerung des Ductus Whartonianus. Im zweiten Falle scheint ein Fremdkörper Ursache der Ranula gewesen zu sein. E. J. MOURE.

37) **Wertheimer. Fremdkörper des Ductus Whartonianus. (Corps étranger du canal de Wharton.)** *Bulletin med. du Nord. No. 12. December 1885.*

Beim Essen vou Johannisbeeren hatte der Patient plötzlich in der rechten Submaxillargegend eine Geschwulst sich bilden gesehen, und zu gleicher Zeit im Munde ein brennendes Gefühl verspürt. Bei jeder Mahlzeit kehrten diese Erscheinungen wieder.

Beim Sondiren des Wharton'schen Ganges kam eine wurmförmige grünliche, käsige Masse zum Vorschein und endlich gelang es durch Auspressen des einen länglichen Wulst bildenden Ganges, mit diesen Massen einen Johannisbeerkern zu entfernen. E. J. MOURE.

38) **Castiaux. Speichelstein. (Calcul salivaire.)** *Bulletin méd. du Nord. No. 11. November 1885.*

Ein $1^{1}/_{2}$ Ctm. langer und $^{1}/_{2}$ Ctm. dicker Stein wurde bei einer 32jährigen Frau entfernt. E. J. MOURE.

39) **Ch. Atkin** (Sheffield). **Congenitale sublinguale Dermoidcyste; Operation; Genesung. (Congenital sublingual dermoid cyst; operation; recovery.)** *Lancet 9. Mai 1885.*

Der Titel des Falles, welcher in einer Sammlung von Fällen seltener Tumoren aus den Kliniken der Herren Favell und A. Jackson als Fall 3 (l. c. p. 843) berichtet ist, deckt den Inhalt der Mittheilung fast völlig. Die Patientin war ein 17jähriges Mädchen. Die Cyste war bereits früher incidirt worden, hatte sich aber wieder gefüllt. Auf Excision eines Theiles der Wandung erfolgte Heilung. In der Cyste fanden sich Haare und Sebum. SEMON.

40) **Padieu. Voluminöses Cystenfibrom der Mundhöhle. (Tumeur fibro-kystique volumineuse de la cavité buccale.)** *Gasette méd. de Picardie. No. 11. November 1885.*

Der Fall betraf eine 76jährige Frau. Der Tumor sass der inneren Oberfläche der Oberlippe auf und begann sich vor 35 Jahren zu entwickeln. Er veranlasste Schluck-, Athem- und Sprachstörungen und seit einiger Zeit traten auch Hämorrhagien von einer exulcerirten Stelle aus auf.

Die Operation murde mit dem Thermocauter ausgeführt, trotzdem aber erfolgte starke Blutung. — Heilung. — P. glaubt, dass sich zuerst die Cysten durch Verschluss von kleinen Speicheldrüsen entwickelt hätten und dass die dicke fibröse Schicht des Tumors sich erst im Laufe der Zeit durch die fortwährende Reibung an den umliegenden Gebilden gebildet habe. E. J. MOURE.

41) **Dubrousquet-Laborderie** (Saint-Ouen). **Vergiftung durch Miessmuscheln; Anfall von Asthma, sehr schmerzhafte Pharyngitis; Torticollis; Urticaria; Behandlung mit salicylsaurem Natron. (Empoisonnement par les moules; accès d'asthme; pharyngite très douloureuse; torticolis; urticaire; traitement par le salicylate de soude.)** *Paris méd. No. 48. 28. November 1885.*

Der Titel giebt das Wichtige des kurz geschilderten Falles wieder. E. J. MOURE.

42) **Lloveras. Ein Fall von Myco-Lepthotrix des Pharynx.** *Revista med. quirurg. No. 15. 8. November 1884.*

Dem Referenten nicht zugänglich. KISPERT.

43) **J. Suydam Knox. Angina, eine rheumatische Krankheit.' (Quinsy as a rheumatism.)** *Chicago Med. Journal and Examiner. März 1886.*

Der Autor formulirt das Wesentliche in seinem Artikel wie folgt:

1. Die acute Tonsillitis ist im Allgemeinen eine rheumatische Entzündung.

2. 80 pCt. solcher Fälle sind vollständig durch antirrheumatische Mittel heilbar.

3. Die acute, nicht rheumatische Tonsillitis ist für diese Behandlung nicht so zugänglich. LEFFERTS.

44) **Millet. Angina arthritica. (Angine arthritique.)** Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1885.

Balneotherapeutische Abhandlung, in welcher der Nutzen der Schwefelwasser von Aix-les-Bains und von Marlioz für obige Affection hervorgehoben wird. E. J. MOURE.

45) **Siredey. Ueber die infectiöse Angina. (De l'angine infectieuse.)** *Paris méd. No. 40. 3. October 1885.*

Zwei Beobachtungen, die in der These von Milsonneau über denselben Gegenstand schon Erwähnung fanden (s. Centralbl. Vol. II., S. 440). E. J. MOURE.

46) **Kurz** (Florenz). **Cocaïn bei Angina phlegmonosa.** *Memorabilien. 26. April 1886.*

K. konnte einen sehr schweren Fall von phlegmonöser Angina durch mehrmalige Bepinselung mit 4proc. Cocaïnlösung und darauf folgende Scarificationen bedeutend abkürzen und die Schmerzen sehr lindern. SCHECH.

47) **Ringuet** (Trélon). **Hyperacutes Oedem der Uvula. (Oedème suraigu de la luette.)** *Journ. de méd. et de chir. Mai 1886.*

Das Oedem war plötzlich während des Essens bei einem 20jährigen jungen Manne aufgetreten, ohne nachweisbare Ursache (weder durch zu warmes, noch zu kaltes Essen, noch durch Verkühlung veranlasst) und war von Erstickungsanfällen und Erbrechen begleitet. Nach 5 Stunden war das Oedem unter Gebrauch von Eis und adstringirendem Gurgelwasser gänzlich verschwunden. E. J. MOURE.

48) Hanot (Paris). **Oedem auf den Isthmus faucium beschränkt in einem Falle von Albuminurie. Recidive mit Uebergreifen auf die Kehlkopfschleimhaut. Glottisödem, Tracheotomie, Tod. (Oedème localisé à l'isthme du gosier dans l'albuminurie. Récidive avec propagation à la muqueuse laryngée. Oedème de la glotte; trachéotomie; mort.)** *Archives génér. de méd. p. 472—476. 1885.*

Der Titel giebt im Wesentlichen den Inhalt der Krankengeschichte wieder. Der 42jährige Kranke litt an Albuminuria saturnina und es bestand lange Zeit über nur ein Oedem an der Uvula und dem Gaumensegel. Erst in den letzten Tagen der Erkrankung breitete sich dasselbe auf die Kehlkopfschleimhaut aus und führte den Tod herbei. E. J. MOURE.

49) Cornelius Williams (St. Paul). **Ein Fall von chronischem Krampf der Gaumenheber, wodurch ein rhythmisch tickendes Geräusch hervorgebracht wurde.** *Zeitschrift für Ohrenheilkunde. Bd. XIII. Heft 2 u. 3. 1884.*

Der Fall betrifft ein 12jähriges Mädchen, das die Affection nach einem heftigen Schrecken bekam. Da sich zuweilen auch noch Krämpfe des Zwerchfells einstellten und Pat. obendrein aus einer neuropathisch belasteten Familie stammt, so hält Verf. den Zusammenhang der Krankheit mit Chorea für höchst wahrscheinlich. Das Geräusch wird hervorgebracht durch das Vacuum, welches in dem Augenblick entsteht, in dem die obere Fläche des Velum das Dach des Nasenrachenraumes, an welches es sich in Folge der krampfhaften Contraction angelegt hat, verlässt; das Geräusch wurde schwächer, wenn bei einer acuten Tonsillitis wegen Schwellung der Theile die Erhebung des Velum nicht so beträchtlich war, so dass kein vollständiger Verschluss der hinteren Nasenöffnungen erfolgte. SCHECH.

50) Gross und Vautrain (Nancy). **Vier Fälle von Hasenscharten und Gaumenspalten. (Quatre cas de becs-de-lièvre et de puto palatine.)** *Revue méd. de l'Est. No. 24. 15. December 1885.*

Operation dieser Fälle. E. J. MOURE.

51) F. Franchi (Genua). **Die Galvanocaustik bei der granulösen Pharyngitis. (La galvanocaustica nella Faringite granulosa.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso. No. 5. 1885.*

M. empfiehlt statt der in ihrer Wirkung unzulänglichen Jodbepinselungen die galvanocaustische Aetzung der Granulationen, an deren Vorzügen wohl Niemand mehr zweifeln wird. KURZ.

52) Pedro Aguilera y Solsona (Porcuna, Jaen). **Ein Fall von Dysphagie. (Un caso de disfagia.)** *La Union de las ciencias médicas. Cartagena. p. 54—56. 27. Februar 1885.*

Eine 45jährige Patientin leidet seit 16 Jahren häufig an Unmöglichkeit, Speisen schlucken zu können, und glaubt Autor, dass diese Erscheinungen rein hysterische seien, da sich weder im Pharynx noch Umgebung, noch im Magen anatomische Veränderungen nachweisen lassen. Eines Tages sah er die Kranke mit allen Erscheinungen eines Gehirnödems und schliesst daher die Möglichkeit · Gehirnprocesses als Ursache der Dysphagie nicht aus. KISPERT.

53) **H. Cripps Lawrence** (London). **Unfälle mit federnden Mundsperrern. (Accidents with dental spring-gags.)** *Brit. Med. Journal. 7. Nov. 1886.*

L. wünscht mit Bezug auf einen kürzlich in seiner Praxis vorgekommenen Unfall — es brach ein angelöthetes Stück des Mundsperrers ab, konnte aber noch aus dem Munde entfernt werden — und auf die Gefahr des Eindringens des abgebrochenen Stücks in den Kehlkopf, dass Mundsperrer ersonnen werden möchten, bei denen ein derartiger Unfall unmöglich sei. SEMON.

54) **Wm. A. Dayton. Eine neue Pharynxcurette. (A new pharyngeal curette.)** *Medical Record New-York. 12. Dec. 1885.*

Das Ende dieser Curette entspricht dem der Uteruscurette, nur dass erstere auf der convexen Seite etwas flacher ist. Sie hat einen einseitigen (rechts) schneidenden Rand und ist an einem biegsamen Stiel befestigt, um ihr die für den individuellen Fall passende Krümmung geben zu können. LEFFERTS.

## d. Diphtheritis und Croup.

55) **O. J. Schultz. Die Behandlung der pseudomembranösen Entzündung der oberen Luftwege mittelst grosser Quecksilberdosen. (The treatment of pseudomembranous inflammation of the upper air-passages by large doses of Mercury.)** *The American Practitioner. Juli 1885.*

Der Autor berichtet eingehend über zwei Fälle, von denen der eine eine Pharynxdiphtherie, der andere echter Croup war. Sie wurden ausschliesslich nach Reiter's Methode behandelt, indem man grosse Dosen Calomel trocken auf die Zunge in kurzen Intervallen streute und so lange fortfuhr, bis die Gefahr beseitigt war. LEFFERTS.

56) **J. A. Alexander** (Neward, Ohio). **Therapie der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Medical Record. p. 177. New-York, 15. August 1885.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

57) **H. Kurnauder. Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Practitioner. July 1885.*

Wiederholung oft gemachter Vorschläge. SEMON.

58) **Edward Adamson. Jod bei der Diphtheritis. (Jodine in diphtheria.)** *The Practitioner. July 1885.*

A. empfiehlt 1—2stündliche Dosen von Tinct. Jodi (5—7 Tropfen für Erwachsene, 2—3 Tropfen für Kinder) in Syrupus cort. Aurant. 90,0 zur Verbesserung der Halssymptome. Die Resultate sollen sehr befriedigend sein. SEMON.

59) **Nowoski. Behandlung der Pseudomembran. (Traitement de la fausse membrane.)** *Marseille méd. No. 7. 30. Juli 1885.*

Der Autor unterscheidet vom klinischen Standpunkte aus 4 Typen von Pseudomembranen. Die erste Art kommt in kleinen weissen, dünnen, nicht anhaftenden Plaques vor. Sie wuchern langsam und verschwinden oft von selbst. Die zweite Art ist dick, mehr anhaftend und wächst in der Fläche und nament-

lich in der Dicke. Die dritte Art ist grauschwärzlich, stark anhaftend und breitet sich rasch der Fläche nach aus. Die vierte Art endlich ist grau, dick, hart und bildet ein Ganzes mit der Schleimhaut. Sie wächst langsam, ist aber schwer zu zerstören. Die erste Form kommt bei der Angina pultacea vor. Die zweite besonders im Larynx, die dritte hauptsächlich an den Tonsillen, die vierte beginnt immer am Isthmus faucium, kann sich aber überallhin ausbreiten.

In allen diesen Fällen imprägnirt N. den Organismus mit Schwefelkali oder Schwefelcalcium, um eine reichliche Ausscheidung von Schwefelwasserstoff zu bewirken. Die, wie N. sich selbst ausdrückt, „grobe und nichtwissenschaftliche Analogie" mit der Tödtung des Oidium der Weinrebe durch Schwefelblumen veranlasste ihn zu deren Anwendung, zuerst örtlich und dann, da er davon keinen grossen Erfolg sah, innerlich. Um sich von der Unschädlichkeit des Mittels selbst zu überzeugen, nahm er 2 Grm. Schwefelkali an einem Tage und sah neben der reichlichen Ausscheidung von Schwefelwasserstoff nur eine leichte Excitation. Er wandte es in 2 Fällen von Diphtherie mit Erfolg an. Später ersetzte er es durch Schwefelcalcium in grossen Dosen bis zu 3 Grm., in Substanz oder bei Kindern in einem Syrup. Er sah in einer grossen Serie diphtheritischer Affectionen mit Bildung von Pseudomembranen günstigen Ausgang. Oertlich benutzte er im Larynx das Ferrum sesquichloratum. E. J. MOURE.

60) **Bax. Ueber die Vomitivbehandlung des Croup. (De la médication vomitive dans le traitement du croup.)** *Gaz. méd. de Picardie. No. 9 u. 10. September und October 1885.*

Die Arbeit war Ref. nicht zugänglich. E. J. MOURE.

61) **John H. Owings. Pilocarpin gegen Croup. (Pilocarpine in croup.)** *Philad. Med. Surg. Report. 19. Sept. 1885.*

Bericht über einen Fall, in dem das Mittel mit gutem Erfolge angewandt worden war. (Daneben wurden Hydrargyrum subsulfuricum, Kalkwasserdämpfe und heisse Fomentationen gebraucht.) LEFFERTS.

62) **William P. Northrup. Diphtherie, Croup; O'Dwyer's Methode. Heilung. (Diphtheria, croup; O'Dwyer's method. Recovery.)** *New-York Med. Journ. 3. April 1886.*

Bericht über einen Fall bei einem Kinde von $2^3/_4$ Jahren, bei dem zur Hebung der schweren Dyspnoe in Folge von diphtheritischem Croup der „Catheterismus des Larynx" ausgeführt wurde. Das Kind trug die „intralaryngeale Sonde" $6^1/_2$ Tage lang; nach weiteren 13 Tagen konnte es für vollkommen geheilt erklärt werden. LEFFERTS.

63) **W. P. Northrup. Diphtherie, Croup; O'Dwyer's Sonde; Catheterismus des Larynx; doppelseitige Pneumonie. Tod. (Diphtheria, croup; O'Dwyer's tube; intubation of the larynx; double pneumonia. Death.)** *New-York Med. Record. 13. März 1886.*

Pat. war ein Kind von $3^1/_2$ Jahren. Gelegentlich dieses Falles werden zugleich die letzten 12 Fälle besprochen, welche in dem Foundling Asylum auf dieselbe Weise behandelt wurden. Bei Allen bestand Albuminurie; bei Allen wurde die Sonde eingeführt und beseitigte prompt den Larynxverschluss. Bei

llen wurde sie so lange zurückgehalten, bis die Zeichen schwerer Dyspnoe voranden waren, d. h. Cyanose, Unruhe, Einziehung der Intercostalräume bei der ıspiration. Diese Indicationen stellen sie fast der Tracheotomie gleich, die als ltimum remedium anzusehen wäre. Drei von den zwölf genasen. Einer lebte is zum 16. Tage; bei der Autopsie fand man Tuberculose mit frischer Pneuıonie.

Es werden hierbei sicher gewisse Fragen auftauchen, die anticipando in Kürze folgendermassen beantwortet werden mögen:

Die Sonde hat niemals verfehlt, die Larynxdyspnoe zu beseitigen. Dabei st keine Narcose, keine Wunde nöthig; ebensowenig tritt Shock auf. Das Einühren der Sonde geschieht in wenigen Secunden. Die Sonde reinigt sich selbst. Denn sie ist so eingerichtet, dass sie ausgehustet wird, sobald irgend eine Memoran sie zufällig von unten verstopft. Dies trat auch ein. LEFFERTS.

64) **Dillon Brown. Catheterismus des Larynx in 15 Fällen von diphtheritischem Croup, in Behandlung von Jos. O'Dwyer, M. D. (Intubation of the larynx in fifteen cases of diphtheritic croup, in the service of Jos. O'Dwyer, M. D.)** *New-York Med. Record. 10. April 1886.*

Von den 12 Fällen starben neun, drei genasen.

1. Alle Fälle betrafen sogenannte Findelkinder.

2. Der Catheter wurde in jedem Falle von schwerem Larynxverschluss, welcher sich im Asyl ereignete, eingeführt, ohne Rücksicht darauf, ob Heilung zu erhoffen war oder nicht.

3. Ein Drittel dieser Fälle betraf Kinder von 16, 23, 11, 12 und 5 Monaten: ein Alter, wo nach der Tracheotomie höchst selten Genesung eintritt.

4. Zwei davon (Fall 5 und 7) hatten Tuberculose, eine an sich absolut tödtliche Krankheit.

5. Eins (Fall 3) war ein rachitisches Kind, welches drei Tage nach dem Schwinden aller Larynxbeschwerden an urämischen Convulsionen starb.

6. Der Catheter erfordert, sobald er eingeführt ist, keine Beobachtung, um ihn rein zu halten. Sobald nämlich ein Stück Pseudomembran ihn verstopfen sollte (was nicht leicht passirt), so wird er so locker an seinem Platze, dass er unmittelbar darauf herausgeschleudert wird.

7. Die inspirirte Luft ist warm und feucht. Dadurch wird die Eintrocknung der Secrete im Catheter verhindert.

8. Der Kopf oder die Schulter der Sonde ruht nicht auf den Stimmbändern, sondern oberhalb derselben auf den Taschenbändern. Eine Ulceration der Stimmbänder kann nie eintreten, nur der Kopf oder das untere Ende der Sonde können leichte Ulcerationen erzeugen, sobald sie lange zurückgehalten werden. Das bringt aber keinen Schaden.

9. Es besteht nicht die geringste Gefahr, dass die Sonde in die Trachea hinabgleiten könnte.

10. In den meisten Fällen kann halbfeste Nahrung von Beginn an genommen werden; aber es vergehen gewöhnlich 24 Stunden, bis das Kind Flüssigkeiten schlucken lernt. Zuweilen ist es bei sehr jungen Kindern nothwendig, dieselben mittelst der Schlundsonde zu ernähren.

11. Der Mundsperrer ist nur für solche Kinder nothwendig, welche Zähne haben. Bei Säuglingen hat es keine Schwierigkeit, den Mund mit dem Finger offen zu halten*). LEFFERTS.

65) **L. H. Dunning. Catheterismus des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Journal Am. Med. Assoc. 17. April 1886.*

Bericht über einen unglücklich verlaufenen Fall bei einem 2½jährigen Kinde, welches an membranösem Croup gelitten hatte. LEFFERTS.

66) **F. E. Waxham. Tubage des Larynx nebst Geschichte einzelner Fälle. (Intubation of the larynx with history of cases.)** *Chicago Med. Journ. and Examiner. März 1886.*

Der Autor hat die Operation 17 mal bei kleinen Patienten, die stets an bedrohlichen Suffocationsanfällen in Folge von diphtheritischer oder membranöser Laryngitis litten, angewendet. Hiervon sind 8 vollständig genesen. Das Alter der Kinder variirte zwischen 16 Monaten und 5 Jahren. Sechs Fälle betrafen Kinder von 3 Jahren oder darunter, und sieben Fälle waren diphtheritischer Natur: zwei Umstände, unter denen die Tracheotomie selten von Erfolg ist. Das Alter der geheilten Fälle war 5 Jahre, 20 Monate, 2 Jahre und 2 Monate, 5 Jahre, 5 Jahre, 3 Jahre, 4 Jahre und 5 Jahre.

Der Autor ist der Ansicht, dass die Tubage manche Vortheile vor der Tracheotomie voraus habe, z. B.:

1. Keine Opposition seitens der Eltern oder Freunde, ganz im Gegensatz zu der Schwierigkeit, mit welcher man gewöhnlich die Einwilligung zur Tracheotomie erhält.

2. Sie beseitigt die schwere Dyspnoe ebenso prompt und wirksam, wie die Tracheotomie und, wenn das Kind stirbt, so bedauern die Angehörigen nicht, dass die Tracheotomie gemacht wurde und schädigen nicht den Ruf des Arztes.

3. Die Larynxsonde reizt weniger als die Canüle. Da jene beträchtlich kleiner als die Trachea ist, so drückt sie nicht so fest auf irgend einen Theil, ausgenommen die Stimmritze.

4. Die Expectoration geht leichter von Statten als durch die Canüle.

5. Da die Sonde im Hals endet, so ist die Luft, welche in die Lungen eintritt, warm und feucht, da sie die oberen Luftwege passirt; die Gefahr der Pneumonie ist deshalb geringer.

6. Es ist eine blutlose Operation.

7. Sie ist schneller auszuführen und mit weniger Gefahr.

8. Es besteht keine offene Wunde, welche die Quelle einer constitutionellen Infection werden kann.

9. Die Heilung geht scheller von Statten, da keine grosse Wunde da ist, welche langsam durch Granulationen heilt.

---

*) Die Beschreibung der Instrumente und die Gebrauchsanweisung findet man in: The New-York Medical Journal, 8. August 1885 und 28. November 1885; The Medical Record, 21. Februar 1885; Chicago Medical Journal and Ex., Juni und November 1885 und März 1886; Arch. of Ped., November 1885; und Journal of American Medical Association, 6. Februar 1886.

10. Der Patient bedarf nicht einer ununterbrochenen Aufsicht des Arztes, wie bei der Tracheotomie.

Schliesslich ist diese Methode viel erfolgreicher in der Behandlung des Croup, sei er diphtheritischer oder membranöser Natur, als die Tracheotomie.

Der Originalartikel ist allen Denjenigen zu empfehlen, die sich für diese Frage interessiren, da er ein sorgfältiges und vollständiges Resumé enthält. Es befinden sich darin auch die Details der oben erwähnten 18 Fälle.

LEFFERTS.

67) **Robert W. Lovell. Analyse von 77 Fällen von Tracheotomie. (An analysis of 77 cases of tracheotomy.)** *New-York Med. Record. 3. April 1886.*

Im Jahre 1885 wurde in dem City Boston Hospital 77 mal die Tracheotomie wegen pseudomembranöser Laryngitis ausgeführt. Von den Patienten genasen 20 und starben 57. Unter septischen Symptomen starben 25, während 26 Symptome der Ausbreitung der Pseudomembran auf die Trachea und Bronchien darboten; 4 gingen an Herzschwäche während und nach der Operation zu Grunde; 1 an Pneumonie und Peritonitis. Die Analyse und die Bemerkungen des Autors über diese Fälle sind zwar von Interesse, enthalten jedoch nichts Neues. LEFFERTS.

68) **Jerome A. Andersen. Tracheotomie bei Diphtherie und Nachbehandlung. (Tracheotomy in diphtheria and its aftertreatment.)** *Pacific Med. and Surg. Journal. April 1886.*

Die Trachea wird mit einem geraden Messerschnitt eröffnet, und die Incision hierauf $1^1/_2$ Ctm. nach unten verlängert (bei einem Kinde). Des Autors Directiven für die Nachbehandlung sind gut, enthalten aber keine neuen Gesichtspunkte. Unter seinen 12 berichteten Fällen hatte er 4 Heilungen. LEFFERTS.

69) **Joseph Ranschoff. Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *Philad. Med. and Surg. Reporter. 27. Febr. 1886. — Cincinnati Lancet and Clinic. 23. Jan. 1886.*

Ein Bericht über 9 Fälle von Tracheotomie bei Diphtherie mit 5 Todesfällen und 4 Heilungen. LEFFERTS.

70) **Inv. D. Neet. Membranöser Croup, Tracheotomie. Heilung. (Membranous croup, tracheotomy. Recovery.)** *Philad. Med. News. 30. Januar 1886.*

Einfacher Bericht über einen Fall. LEFFERTS.

71) **L. Ashton. Eine Vertheidigungsschrift der Tracheotomie bei Croup. (A plea for tracheotomy in croup.)** *Trans. Med. Soc. Virginia-Richmond. XVI. p. 236—242. 1885.*

In einem knappen und überzeugenden Essay plädirt A. zu Gunsten einer allgemein und frühzeitig auszuführenden Tracheotomie bei Croup. Er sagt, die Tracheotomie mildert die Leiden, schwächt alle Symptome ab, beugt secundären Complicationen vor und fügt der eigentlichen Krankheit kein neues Element der Gefahr zu. Die Operation sollte frühzeitig und für alle Fälle langsam und mit Ueberlegung ausgeführt werden. LEFFERTS (MORGAN).

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

72) **Tourneux. Ueber die Entwickelung des Epitheliums und der Drüsen des Kehlkopfes und der Trachea beim Menschen. (Sur le développement de l'épithélium et des glandes du larynx et de la trachée chez l'homme.)** *Société de biologie de Paris. Sitzung vom 28. April 1885.*

War dem Ref. nicht zugänglich. E. J. MOURE.

73) **M. Letulle** (Paris). **Bemerkungen bezüglich der normalen Anatomie der ersten Bronchialverzweigungen. (Remarques à propos de l'Anatomie normale des bronches primitives.)** *Société anatomique de Paris. 20. Februar 1885. — Progrès méd. No. 53. 31. December 1885.*

Diese Bemerkungen wurden im Anhange an einem von Netter in der vorhergehenden Sitzung vorgelegten fibrinösen Abguss der Trachea und der ersten Bronchialverzweigungen vorgebracht.

Ein solcher Abguss müsse entsprechend den anatomischen Verhältnissen die Form eines umgekehrten Y mit mehr weniger ausgespreizten Armen haben. Dessen untere Fläche müsse die beiden Seiten eines mit der Spitze nach oben gerichteten Winkels vorstellen und in einer Ausdehnung von mindestens 40 Mm. (Sappey) und von höchstens 106 Mm. (Cruveilhier) frei von Verästelungen sein. Die obere Fläche der beiden Arme des Y dagegen dürfte bei gleicher Länge bloss eine Collateralverzweigung abgeben, die fast senkrecht von der Mitte des rechten Bronchus abginge.

Zum Schlusse fordert L. auf, von nun ab genaue Messungen an den vorkommenden fibrinösen Abgüssen anzustellen. E. J. MOURE.

74) **Chervin** (Paris). **Notiz über das Stottern. (Note sur le bégaiement.)** *Extract du Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique. 1886.*

Der Autor dirigirt in Paris ein Institut für Stotterer, und empfiehlt seine Methode, welche 3 Wochen in Anspruch nimmt. Die erste Woche ist dem elementaren Studium der Sprache und der methodischen Ausübung der Athmung gewidmet. Von grosser Bedeutung dabei ist das absolute Stillschweigen, welches dem Eleven in der ersten Woche auferlegt ist. In der zweiten Woche erhält er die Sprechfreiheit wieder und nun macht er schon Gebrauch von den erlernten Principien. Er spricht schon ohne Stottern, vorausgesetzt, dass er langsam spricht und die erlernten Regeln einhält! Die dritte Woche dient zur Befestigung der angewöhnten neuen Sprachweise und zu ihrer weiteren Ausbildung. Aber auch nach Beendigung der Cur in der „Reconvalescenz" muss noch sorgfältig an der vollständigen Wiederherstellung weiter gearbeitet werden und dazu werden dem Schüler noch ganz specielle Instructionen mit auf den Weg gegeben. BAYER.

75) **Bassols Prim. Aenderungen der Stimme bei Prostituirten. (Alteraciones de la voz en las prostitutas.)** *Gac. méd. catal. Barcelona. VIII. p. 264—269. 1885.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KISPERT.

76) **O. Masini** (Genua). **Compensatorische Hypertrophie der falschen Stimmbänder. (L'ipertrofia compensativa delle corde vocali superiori.)** *Archivio internaz. di laringologia, rinologia etc. Fasc. I. 1886.*

In einem Fall von Papillomen der vorderen Commissur bestand Hypertrophie der falschen Stimmbänder, welche grossentheils die durch die Neubildung bedingte Functionsstörung compensirte. Die früher rauhe Stimme hatte sich allmälig gebessert. Manchmal bestand Diphonie. M. glaubt, dass die Erscheinung der compensatorischen Hypertrophie der falschen Stimmbänder viel zu wenig gewürdigt werde. — Nach Beseitigung der Ursache dieser Hypertrophie schwindet dieselbe ohne specielle Behandlung. KURZ.

77) **Albert B. Strong. Catheterismus des Larynx wegen acuter catarrhalischer Laryngitis. (Intubing the larynx for acute catarrhal laryngitis.)** *Chicago Med. Journ. and Examiner. März 1886.*

Ein lehrreicher Fall von erfolgreicher Anwendung der Larynxsonde bei einem 2½jährigen Kinde. Der Autor fügt einige Bemerkungen über die Methode zur Einführung der Sonden und über die zur Ausführung der Operation nöthigen Instrumente hinzu. LEFFERTS.

78) **J. T. Jelks** (Hot Spring. Ark.). **Kaltwasser-Compressen bei spasmodischem Croup. (Cold water compresses in spasmotic croup.)** *New-York Med. Record. 17. April 1886.*

J. erklärt, dass es nicht nothwendig sei, hierbei Alaun, Hydrargyrum sulf. bas., Aconit oder irgend ein Heilmittel zu geben. Eine Serviette oder Taschentuch in kaltes Wasser getaucht und um den Hals gewickelt, darüber ein trocknes Tuch genügt für die Behandlung. LEFFERTS.

79) **O. A. Gordon. Glottisoedem, Tracheotomie. Tod. (Oedema of the glottis, tracheotomy. Death.)** *New-York Med. Journal. XLII. p. 587. 1885.*

Nichts Bemerkenswerthes. LEFFERTS.

80) **Toge Hansen** (Aarhus, Dänemark). **Laryngitis typhosa. (Tracheotomia.)** *Hospitals-Tidende. p. 206. 24. Februar 1886.*

Mann, 17 Jahre alt. Im Verlaufe eines schweren typhoiden Fiebers fing er plötzlich am 7. Januar zu husten an und bekam einen starken Erstickungsanfall. Laryngoscopie unmöglich. Die Erstickungsanfälle wiederholten sich öfters in den folgenden Tagen, und Abends am 9. Februar waren sie so drohend, dass Verf. ohne collegiale Assistenz die Tracheotomia superior machen musste. Seitdem progressive Verbesserung aller Symptome. Die Canüle konnte nicht herausgenommen werden, ohne dass Erstickungsanfälle hervorgerufen wurden. Die laryngoscopische Untersuchung war trotz 5proc. Cocaïnpinselungen sehr unsicher und es wurde nur constatirt, dass die rechte Seite des Larynx in der Gegend der rechten Cartilago arytaenoidea stark geschwollen und roth war. Bougiebehandlung wurde ohne Erfolg versucht. Am 18. April wurde Pat. mit der Canüle entlassen. SCHMIEGELOW.

81) **N. Perotti. Traumatisches Hämatom des Kehlkopfs. Autopsie. (Ematoma della laringe per traumetismo. Necroscopia.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola etc. No. 2. 1886.*

Ein Mann, der in einer Rauferei einen Fusstritt auf den Hals erhalten hat, verliert die Stimme und geht unter zunehmender Dyspnoe nach 2 Stunden zu Grunde. Die Autopsie ergiebt eine subcutane Blutinfiltration zu beiden Seiten des Larynx. Das Kehlkopflumen ist durch einen blauschwarzen Tumor ausgefüllt, ein von der hinteren Wand ausgehendes und von der Glottis sich bis zu den ersten Trachealringen erstreckendes Hämatom. Fractur des Schild- und Ringknorpels.

P. stellt die Frage, ob nicht durch eine zeitig ausgeführte Tracheotomie der Verletzte hätte gerettet werden können. KURZ.

82) **Schnitzler** (Wien). **Zur Pathologie und Therapie der Kehlkopf- und Lungensyphilis.** *Wiener med. Presse. No. 15 u. 17. 1886.*

Die Kranke, welche Sch. in der Sitzung des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums vom 22. Februar 1886 vorstellte, kam schon vor 3 Jahren in seine Behandlung. Damals bestanden Geschwüre an den Stimmbändern und Perforationen an dem rechten Arcus palatoglossus. In den Lungenspitzen Dämpfung und bronchiales Athmen. Tuberkelbacillen konnten aber nicht gefunden werden. Sch. dachte an eine Combination von Syphilis und Tuberculose. Die Kranke kam dann nur sehr selten, doch konnte man eine allmälig von vorne nach hinten vorschreitende Verwachsung der Stimmbänder constatiren; endlich, als sie sich wieder im November 1885 nach 10monatlicher Abwesenheit vorstellte, war die Stimmritze bis auf ein federkieldickes Loch durch eine Membran verschlossen, welche beide Stimmbänder verband. Gleichzeitig fand sich gummöse Periostitis an beiden Oberarmen. Sch. durchschnitt in mehreren Sitzungen die Membran mit einem gedeckten Kehlkopfmesser und bougirte den Larynx, wodurch die Glottis frei und die Stimme laut und ziemlich rein wurde. Eine energische Inunctionscur beseitigte die Gummata und besserte die Lungenaffection bedeutend. Sch. hält die Lungenerkrankung mit Wahrscheinlichkeit für eine syphilitische, wenn auch die Möglichkeit einer chronischen Tuberculose nicht auszuschliessen ist.

CHIARI.

83) **Schnitzler (Wien). Demonstration eines Falles von Verwachsung der Stimmbänder in Folge von Kehlkopfsyphilis. Endolaryngeale Durchtrennung der Membran. Heilung.** Wiener med. Doctoren-Collegium. Sitzung vom 22. Februar 1886. *Wiener med. Presse. No. 10. 1886.*

Die Patientin litt schon vor 3 Jahren an Infiltration der Lungenspitzen und Geschwüren an den Stimmbändern, am Velum, an der Uvula und den Gaumenbögen. Seit einem Jahre circa waren die Stimmbänder vorne verwachsen und Gummata nebst Geschwüren an den Extremitäten aufgetreten. Schmierkur und Durchtrennung der Verwachsung der Stimmbänder mit dem Messer machten den Kehlkopf ziemlich frei und besserten auch die Lungenerscheinungen. Tuberkel-Bacillen konnten nicht nachgewiesen werden. CHIARI.

84) **Mc. Donagh** (Toronto). **Ein Fall von hochgradiger Hypertrophie der falschen Stimmbänder mit theilweiser Verwachsung in Folge einer Verletzung des Larynx. (A case of extreme hypertrophy of the false vocal cords with partial union, the result of a wound of the larynx.)** *Canadian Practitioner. March 1886.*

Abscess des Larynx durch Verschlucken eines Fremdkörpers (Knochen) mit nachfolgender Ulceration, Verdickung und Verwachsung der vorderen Hälften der Taschenbänder. Die Stimmbänder waren nicht sichtbar. Patient war aphonisch. Die Verwachsung der Taschenbänder wurde durch Chromsäure zerstört; später wurden sie mit Jod, Jodkali in Glycerin so lange gepinselt, bis die Hypertrophie geschwunden und die Stimmbänder darunter sichtbar wurden. Darauf hörte die Dyspnoe auf, und die Aphonie war beseitigt. LEFFERTS.

85) **A. Trifiletti. Diagnostische Schwierigkeit bei gewissen Kehlkopfkrankheiten etc. (Difficoltà diagnostica di certi morbi laringei dal punto di vista dell' esame laringoscopico etc.)** *Archivii italiani di laringologia. Fasc. 3 e 4. 1886.*

Es handelt sich um einen Mann mit Aphonie, Dysphagie, Dyspnoe. Brustorgane normal. Epiglottis enorm vergrössert mit blassen Knötchen durchsetzt, keine Ulceration. Aryknorpelschleimhaut geschwellt, Stimmbänder geröthet. T. dachte an Krebs, dagegen schien ihm aber das Fehlen von Drüsenschwellungen und der gute Gesundheitszustand zu sprechen. Das Vorhandensein alter Narben am Hals erweckte den Verdacht auf Lues. Unter Sublimatinhalationen und Calomeleinstäubungen nahm die Schwellung ab, und die Beschwerden besserten sich so, dass sich der Pat. der Behandlung entzog. — Aus dem Erfolg der Behandlung ergiebt sich für T. die Diagnose Lues als sicher, welche ihm das Laryngoscop allein nicht ermöglicht hatte. (Ein weniger umfassender Titel wäre dem Inhalt der Arbeit entsprechender gewesen. Ref.) KURZ.

86) **Leegaard** (Christiania). **Dysphagie nervösen Ursprungs. (Dysphagia af nervös Oprindelse.)** Verhandlungen der med. Gesellschaft zu Christiania. *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. p. 43. 1886.*

Es handelt sich um einen kräftigen 72jährigen Mann, der weder Syphilis noch Diphtheritis gehabt hatte. Seit 2 Jahren haben sich Schwierigkeiten beim Schlucken, zuerst von flüssiger, später auch von fester Nahrung entwickelt. Pat. hatte ein Gefühl, als wenn die Speisen im Schlunde feststeckten. Objectiv: Er war wohlgenährt; konnte kaum pfeifen, die Zunge zeigte fibrilläre Zuckungen, keine Atrophie oder Parese. Velum palatinum reagirte langsam, aber ziemlich gut während der Intonation. Hintere Schlundwand reagirte nicht auf Berührung. Die Sensibilität im Schlunde war gut. Die Stimme und Aussprache war in jeder Beziehung normal, keine Strictur im Oesophagus.

Die Krankheit wurde als eine eigene Form von Paralysis glosso-labio-laryngea mit sehr langsamer Entwickelung und aussergewöhnlichem Anfang aufgefasst. SCHMIEGELOW.

87) **A. W. Foot. Ausgewählte klinische casuistische Mittheilungen. (Select clinical reports on cases.)** *The Dublin Journal of Medical Science. Mai 1886.*

Einer der berichteten Fälle war ein Beispiel von progressiver Bulbärparalyse.

Die laryngoscopische Untersuchung machte Dr. Smyly, doch scheint der Befund leider nur oberflächlich registrirt worden zu sein. Er fand, dass der rechte Arytaenoidmuskel schlaff dalag und dass das rechte Stimmband halb paralytisch war.

M'BRIDE.

88) **H. Krause** (Berlin). **Ueber Functionsstörungen des Kehlkopfes bei Erkrankungen des Centralnervensystems.** Nach einem Autoreferat im *Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. No. 23. 1885.*

Verf. untersuchte in der Charité nahezu 200 Kranke mit den verschiedensten Affectionen des Centralnervensystems. Bei Chorea fand sich fast regelmässig zitternde Action der schwach gespannten Stimmbänder und Adductorenparese. In einem Falle von Lues spinalis wurde das nahe der Mittellinie stehende Stimmband nach einer Schmierkur wieder beweglich gleichzeitig mit den gelähmten linken Extremitäten. Bei Hysteroepilepsie und Epilepsie fanden sich öfters Sensibilitätsstörungen in Nase, Rachen, Larynx und Trachea; in 2 Fällen von Railway-Spine Anästhesie der Schleimhäute der oberen Luftwege; in einem Fall von Pseudobulbärparalyse war hochgradige Adductorenparese des rechten und totale Paralyse des l. Stimmbandes vorhanden. Die bei Bulbärparalyse öfters zu beobachtende Medianstellung der Stimmbänder rührt nach des Verfassers bekannten Versuchen nicht von der Lähmung der Abductoren, sondern von einem Krampf der Adductoren her. Zum Beweise, dass diese Pathogenese auch bei centralen Läsionen vorkommt, wird ein Fall angeführt; in welchem nach syphilitischer Infection im Verlaufe der Bulbärparalyse ganz urplötzlich ein Gefühl heftiger Zusammenschnürung im Halse und seitdem andauernde Dyspnoe auftrat. Die Section ergab — während des Lebens standen die Stimmbänder dauernd unverrückbar fest und so stark gespannt in Medianstellung, dass der Exspirationsstrom nicht diese sondern die Taschenbänder in Vibrationen versetzte — eine derbe Verwachsung der Dura mit der Arachnoidea, dem unteren Theile des Bodens des vierten Ventrikels aufgelagert. Auch in einem zweiten Falle trat die Dyspnoe ganz plötzlich auf der Strasse ein und zeigte sich doppelseitige Adductorencontractur. Bei Tabes fand K. bei 38 Fällen 13 Mal Paresen und Paralysen vorübergehender Natur. Auch eine gewisse Ataxie kommt an den Stimmbändern vor, ruckweise Bewegungen, Stehenbleiben auf halbem Wege. In drei Fällen von Larynxcrisen bei Tabes waren Reizerscheinungen und in jedem Falle doppelseitige Adductorencontractur vorhanden. Auf Grund dieser letzteren Beobachtung sowie der Thatsache, dass electrische Reizung des Laryng. sup. sowie mechanische oder chemische Reizung der in der Lungenschleimhaut vertheilten Endigungen dieses Nerven reflectorisch Glottisschluss hervorruft, sowie, dass die laryngospastischen Anfälle sich durch Cocainbepinselung des Larynx vermindern und zeitweise ganz aufhören, betont K. einen Zusammenhang zwischen diesen Reizerscheinungen und jenen Anfällen. Da hierzu noch der Befund von Degeneration im Vagus bei Larynxcrisen kommt, so schliesst K., dass in den angeführten Fällen den objectiven Befunden eine durch den Degenerationszweig im Laryng. sup. hervorgerufene Reflexcontractur der Stimmbandadductoren zu Grunde liege, welche gelegentlich durch periphere oder centrale Reize zu völligem spastischem Glottisschlusse gesteigert werden könne.

In der Discussion deutete **Remak** bezüglich der centralen Entstehung der Posticuslähmung auf die partielle Kernlähmung hin, wie er sie auch bei Kinderlähmung gefunden. SCHECH.

89) **A. Weil** (Heidelberg). **Lähmung der Glottiserweiterer als initiales Symptom der Tabes dorsalis.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 13. 1886.*

Bei einem fettsüchtigen Schiffer von 49 Jahren, ergab das Laryngoscop Medianstellung der Stimmbänder. Die Glottis klafft bei der Expiration etwa 2 bis 3 Mm. und wird bei der Inspiration nahezu spaltförmig verengert. Der Kranke hatte ein Jahr zuvor, als er psychisch erregt laut schreien wollte, und 4 Wochen zuvor nach raschem Laufen mit lautem Stridor verbundene Anfälle von Athemnoth gehabt, und seit dem letzten Anfalle dauernd Stridor bei Bewegungen, während die Stimme erhalten ist. Diese Posticuslähmung bildete anamnestisch das erste Symptom von Tabes torsalis, die sich bei der Untersuchung durch Ptosis am rechten Auge, reflectorische Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe und geringe Ataxie bemerklich machte. Verf. sah den Patienten, der drei Jahre zuvor syphilitisch inficirt war, nur einmal und benutzt den Fall zu interessanten Bemerkungen überLarynxcrisen und Posticuslähmung. Er macht darauf aufmerksam, dass es nothwendig sei, bei ätiologisch unklaren Fällen von Posticuslähmung auf beginnende Tabes zu untersuchen. B. FRAENKEL.

90) **Berényi** (Gran, Ungarn). **Ein mittelst Jodkalium auffällig gebesserter Fall von Aneurysma aortae.** *Gyógyászat. No. 5. 1886.* — Excerpt in *Pest. med. chir. Presse. No. 13. 1886.*

Ein Aneurysma aortae, welches Lähmung des l. Stimmbandes, Schlingbeschwerden, Athemnoth und allgemeinen Marasmus verursachte, wurde durch Jodkalium (circa 1,8 Grm. täglich) in mehreren Monaten sichtlich kleiner. Die Beschwerden nahmen alle bedeutend ab, und wurde der Kranke recht kräftig. CHIARI.

91) **Clarence C. Rice. Ungewöhnliche Ursachen für Husten. (Unusual causes of coughing.)** *New-York Med. Record. 1. Mai 1886.*

Die „ungewöhnlichen Ursachen für den Husten“ sind zweierlei Art:

1. Hypertrophie der Zungenpapillen, welche an die Epiglottis herüberreichen, die nach vorwärts gebeugt, aber sonst normal ist. 2. Eine congenital asymmetrische Epiglottis, die durch eine Entzündung hervorgerufen, durch die beständige Reibung mit der Zunge sich noch vergrössert hat. Die abnormen Zustände der Zunge und Ulcerationen der Epiglottis werden zwar im Text als Quellen der Irritation und Ursachen des Hustens erwähnt, aber man kann doch nicht diesen Zusammenhang zwischen der Zunge und der Epiglottis als einen sicher Husten erzeugenden Factoranerkennen. LEFFERTS.

92) **Delmis. Behandlung des Hustens. (Traitement de la toux.)** *Progrès méd. No. 8. 20. Februar 1886.*

Reclame für die theerhaltigen „Pastilles Géraudel“. E. J. MOURE.

93) **Michael** (Hamburg). **Ueber Keuchhustenbehandlung.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 5. p. 74. 1886.*

In der Voraussetzung, dass der Keuchhusten eine Reflexneurose der Nasenhöhle sei, behandelte M. denselben mit Insufflationen von Pulvern in die Nasenhöhle. Alle 24 Stunden wurden täglich einmal Einblasungen von Pulvis resinae benzoës oder Chininum muriaticum gemacht. Benzoë ist dem Chinin in der Wirkung überlegen, schmeckt besser, reizt aber die Schleimhaut stärker. Verf. hatte in 50 so behandelten Fällen guten und zum Theil ausgezeichneten Erfolg, sowohl was die Zahl und Intensität der Anfälle, wie die Dauer der Krankheit anlangt. Er hatte diesen Erfolg auch dann, wenn durch adenoide Vegetationen verhindert wurde, dass Pulver in den Larynx gelangte. B. FRAENKEL.

94) **P. Masucci** (Neapel). **Zwei Fälle von Chorea laryngis. (Due casi di corea della laringe.)** *Archivii italiani di laringologia. Fasc. 3 e 4. 1886.*

12jähr. nervöses Kind mit Hustenanfällen von eigenthümlichem, rauhem Klang, welche während des Schlafes pausiren. Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt nichts als leichte Hyperämie der Stimmbänder. M. stellt die Diagnose auf Chorea laryngis. Nach Morphiuminhalationen und Anwendung des Inductionsstroms in 12 Tagen Heilung.

9jähr. Kind mit demselben Husten. Morphium und Bromkali wirkungslos. Faradisation bringt Heilung, ebenso bei einem Recidiv des ersten Falles, so dass M. sich überzeugt, dass nur der Electricität die Heilwirkung zuzuschreiben ist. — Es folgt eine kurze Uebersicht über die Literatur der Chorea laryngis. KURZ.

95) **Geo. W. Major** (Montreal). **Klinische Bemerkungen über die Chorea laryngis. (Clinical notes on chorea laryngis.)** *Canada Med. and Surg. Journ. Jan. 1886.*

Nach einem kurzen Resumé über diese Frage berichtet M. einen Fall von Chorea laryngis bei einem 16jähr. Mädchen, welcher erfolgreich behandelt wurde. Es ist von Interesse zu constatiren, dass das Cocaïn, als Larynxspray angewandt, gar keine Besserung schaffte, da dies beweist, dass die Chorea laryngis eine motorische Neurose, nicht ein Reflexphänomen in Folge von Hyperaesthesie des Larynx ist. LEFFERTS.

96) **Conrad Brunner** (Zürich). **Neuropathologische Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Krönlein. Zwei Fälle von Tetanus hydrophobicus.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 7 u. 8. 1886.*

Beide Fälle hatten eine offene Schädelfractur und endeten mit dem Tode. Sie hatten beide Schlingkrämpfe. Die Patienten weigerten sich, Nahrung zu sich zu nehmen, doch stellten sich beim Anblick von Getränken keine Krämpfe ein. Beide hatten Facialislähmung. Bei dem einen, wo dies constatirt werden konnte, functionirte das Gaumensegel gut. In beiden Fällen waren respiratorische Krämpfe vorhanden mit Stocken der Respiration und Krämpfen der Thoraxmuskeln und des Zwerchfells, die das Leben bedrohten. Verf. nimmt daneben einen Krampf der Glottisschliesser an, da nach ausgeführter Tracheotomie die Asphyxie während der Anfälle nicht mehr den hohen Grad erreichte, wie vorher. Ob Stridor bei den Anfällen vorhanden gewesen, wird nicht erwähnt. B. FRAENKEL.

97) **F. C. Shattuck. Laryngospasmus bei Erwachsenen nebst Bericht über zwei Fälle, deren einer durch Gicht bedingt, deren anderer unbekannten Ursprungs ist. (Laryngeal spasm in adults with report of two cases, one of gouty, the other of undetermined origin.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 7. Januar 1886.*

Der Titel bezeichnet den Gesammtinhalt des Artikels. LEFFERTS.

98) **Reale. Zwei Fälle von inspiratorischem Spasmus (?). (Due casi di spasmo inspiratorio.)** *Rivista internaz. di med. e chir. II. p. 78—82. 1885.*

Der Artikel war dem Ref. nicht zugänglich. Derselbe deckt sich aber zum Theil mit der Publication De Renzi's in der Rivista clin. e terap. (s. Centralbl. 1885—1886, S. 558), wie aus letzterer hervorgeht. KURZ.

99) **Grasset (Montpellier). Bericht über die physiologische Wirkung des Acetophenon bei Thieren in Form von trachealen Injectionen. (Note sur l'action physiologique de l'acétophénone par injections trachéales chez les animaux.)** *Société de biologie de Paris. 17. December 1885.*

War dem Ref. nicht zugänglich. E. J. MOURE.

100) **A. H. Intratracheale Injectionen. (Injections intra-trachéales.)** *Gazette hebdom. de méd. et de chir. No. 45. 6. November 1885.*

Es wird in einigen zusammenhanglosen Sätzen angedeutet, ob es nicht räthlich sei, bei gewissen asphyctischen Zuständen, namentlich bei Ertrunkenen, intratracheale Injectionen medicamentöser Stoffe zu machen. Weiter wird erinnert, dass Duboué vorgeschlagen hat, bei Cholerakranken im algiden Stadium Wasser in die Trachea zu spritzen, da der Tracheal- und Bronchialschleimhaut eine grosse Resorptionsfähigkeit zukomme. E. J. MOURE.

101) **W. S. Janney. Ein Fall von Excision der Trachea. (Case of excision of the trachea.)** *Trans. Med. Soc. Penns. XVI. p. 410. Philadelphia, 1884.*

Patient, ein Mann von 40 Jahren, litt an stetig zunehmender Dysphonie, Dyspnoë und Schlingbeschwerden. Auf der rechten Seite des Halses bestand eine „deutliche“ Schwellung. Es wurde die Tracheotomie empfohlen. Als man jedoch wie gewöhnlich in der Mittellinie des Halses incidirte und die Halsgewebe nach rückwärts zog, konnte man die Trachea nicht finden. Es wurde hierauf ein Transversalschnitt gemacht, der sich nach links bis zum vorderen Rand des Sternocleidomastoid erstreckte, das Platysma myoid. wurde aufgeschnitten, die tiefe Halsfascie gespalten und die Wunde nach hinten volle 6 Ctm. von der Medianlinie verlängert, wo man die Trachea auf der linken Seite des Rückgrats liegend fand. Die Arter. und Vena subclav., die Carotis commun. und die Jugular. intern., sowie der Phrenicus standen in naher Beziehung zur dislocirten Trachea. Nachdem man die Trachea incidirt und eine circuläre Scheibe ausgeschnitten hatte, wurde eine Canüle eingelegt, welche die Dyspnoë sofort beseitigte. Eine Narcose hatte während der Operation nicht stattgefunden. Nachdem eine grosse Anzahl vergrösserter und erweichter Drüsen allmälig (zu verschiedenen Zeiten) von der Seite des Tumors exstirpirt worden waren, ging die Trachea nach und nach zur Medianlinie zurück in dem Maasse, wie der Tumor an Umfang abnahm. (Der Titel ist entschieden irreführend. Red.) LEFFERTS (MORGAN).

102) **A. H. Miller. Bericht über einen Fall von Verschluss des Oesophagus durch einen von der Trachea ausgehenden Tumor. (Report of a case of occlusion of the oesophagus by the growth of a tumer on the trachea.)** *Trans. Med. Soc. Penns. XVI. p. 456. Philadelphia, 1884.*

M. beschreibt folgenden Fall:

U. L., etwa 65 Jahre alt, litt an beschwerlichem Husten und pfeifendem Inspirium, ähnlich dem bei Croup oder Trachealstenose. Ihre Stimme war allezeit natürlich, ohne Schmerzen; doch war sie durch Schlingbeschwerden an der Nahrungsaufnahme verhindert. Neben der gewöhnlichen palliativen Behandlung wurde innerlich Jodkali gegeben, da man vermuthete, dass ein maligner Tumor die Stenose des Oesophagus und der Trachea bewirke. Das Befinden der Patientin wurde schlechter, Husten und Dyspnoë nahmen zu, es trat Abmagerung und schliesslich Tod durch Inanition 4 Monate nach dem ersten Anfall ein. LEFFERTS (MORGAN).

---

## II. Kritiken und Besprechungen.

a) **Trautmann. Anatomische, pathologische und klinische Studien über Hyperplasie der Rachentonsille, sowie chirurgische Behandlung der Hyperplasie zur Verhütung von Erkrankungen des Gehörorgans.** Mit 7 lithograph. Tafeln und 12 stereoscop. Photographien nach Sectionspräparaten. Folio. Berlin. Hirschwald.

Der in der medicinischen Literatur rühmlichst bekannte Verfasser behandelt in dem vorliegenden Werke denjenigen pathologischen Zustand der Nasenrachenhöhle, welchen wir als „adenoide Vegetationen“ zu bezeichnen gewohnt sind. Es wird später klar werden, wesshalb Trautmann den von ihm gewählten Titel vorzog.

Man braucht sich mit dem Inhalt dieses Buches nicht gar lange zu beschäftigen, um zu der Ueberzeugung zu gelangen, dass der Verfasser seine Arbeit mit wissenschaftlichem Ernst angegriffen, dass er ganz besonderen Fleiss auf ihre Ausführung verwendet und dass er sie mit entschiedenem Talent behandelt hat. Kommt hierzu seine durchweg klare, bisweilen sogar fesselnde Darstellung, so begreift es sich, bei der sowohl practisch als theoretisch nicht geringen Bedeutung des abgehandelten Stoffes, dass das vorliegende Werk lesenswerth und interessant ist.

Aber es ist noch mehr. Der Verf. hat sich der Mühe unterzogen, seine Arbeit mit vielen, zum Theil vorzüglichen Illustrationen auszustatten, unter welchen die stereoscopischen Photographien besonders genannt zu werden verdienen. Hierdurch ist das Werk nicht allein dem grösseren ärztlichen Publikum zugänglicher, sondern auch für den mit der Sache vertrauten Specialisten in mehrfacher Beziehung instructiv geworden.

Als characteristisch ist noch hervorzuheben, dass die in dem Buche niedergelegten Ansichten und Behauptungen des Verf.'s sich sämmtlich auf seine persönlichen Untersuchungen und Beobachtungen (an der Leiche und am Lebenden)

stützen. Tr. ist hierin ein rechter Nachfolger des zu früh dahingegangenen Wendt. Und diese Beobachtungen und Untersuchungen selbst sind überall so klar und unumwunden dargelegt, dass man durch sie zur Controle der aus ihnen gewonnenen Resultate in den Stand gesetzt wird. Diese Selbstständigkeit der Arbeit erhöht an sich ihren Werth, sie belebt die Darstellung und erhält das Interesse des Lesers gespannt. Auf der anderen Seite ist allerdings nicht zu verkennen, dass das Bewusstsein dieser Selbstständigkeit den Verf. wiederholt veranlasst hat, nicht unbestreitliche Resultate eigener Untersuchungen als endgültig hinzustellen, fremden Beobachtungen dagegen nicht die ihnen zukommende Beachtung zu schenken.

Die Arbeit besteht aus 7 Abschnitten, unter welchen die zwei ersten — normale und pathologische Anatomie und Histologie des Nasenrachenraumes und der Pharynx-Tonsille — zu den interessantesten gehören. Die von Tr. nachgewiesenen Altersverschiedenheiten in den Maassen und Structurverhältnissen des Nasenrachenraumes, sowie seine Untersuchungen über die Venen dieser Gegend verdienen sicher die Aufmerksamkeit des Anatomen von Fach! Auf die Kenntniss des Venenverlaufs stützt Tr. dann die Erklärung mehrfacher Krankheitserscheinungen, in welchen er Phänomene der durch den Druck der hyperplastischen Pharynxtonsille bedingten venösen Stauungen sieht. Endlich sind die Ernährungsstörungen der adenoiden Masse des Nasenrachenraumes — welche Tr., der Einzige ausser Wendt, an der Leiche untersuchte —, besonders die Hyperplasie der Tons. phar., eingehend studirt und beschrieben.

Bezüglich der Aetiologie (3. Abschn.) vertritt Tr. den Zusammenhang der Hyperplasie der Pharynxtonsille mit der Scrophulose und belegt seine Ansicht mit einer sorgfältigen, scharfsinnigen Motivirung.

Die Symptomatologie (4. Abschn.) ist vom Verf. durch Hinzufügung mehrerer für künftige Untersuchung werthvoller Krankheitserscheinungen bereichert worden. (Nasenbluten, Drüsenanschwellungen, unzureichende Erhebung des weichen Gaumens bei der Phonation, Schnarren bei einseitiger Lufteintreibung durch die Nase.)

Aus dem 5. Abschnitt (Diagnostik) verdient hervorgehoben zu werden, dass Tr. unter den verschiedenen Untersuchungsmethoden zur Erkennung des betr. Leidens an Lebenden der hinteren Rhinoscopie den geringsten Werth zuertheilt; er erwähnt ihrer nur vorübergehend.

Der 6., die Behandlung umfassende Abschnitt, enthält, nach einer recht vollständigen kritischen Zusammenstellung fremder Behandlungs- (besonders Operations-) Methoden, die Beschreibung des von Tr. angegebenen, kräftigen, aber handlichen scharfen Löffels und der Anwendungsweise desselben. (Hinaufleiten des durch den Mund eingeführten Instruments hart hinter dem weichen Gaumen und der hinteren Nasenöffnung, kräftiges Herabziehen desselben, den schneidenden Rand gegen die feste Unterlage gedrückt, längs des Daches und der hinteren Wand des Nasenrachenraumes.) Die Vorbereitungen zur Operation, diese selbst, sowie die äusserst sorgfältigen Massnahmen nach der Operation, zur Verhütung reactiver Entzündung, werden eingehend und klar dargestellt. Der Behandlung der begleitenden oder nachfolgenden Trommelhöhlenentzündung wird gebührend

Rechnung getragen. Recidive sollen nach sorgfältiger Entfernung der Geschwülste nicht vorkommen; eine Nachbehandlung ist daher nur unter bestimmten Umständen (z. B. bei fortdauernder, reichlicher Schleimabsonderung) angezeigt.

Den letzten und umfangreichsten Abschnitt bildet die 150 Krankengeschichten umfassende Casuistik. Mit Sorgfalt und unumwundener Offenheit sind die wichtigsten Einzelheiten der betreffenden Krankheitsfälle dargelegt, sowohl mit Rücksicht auf ihre Ursachen und Erscheinungen als ihre Erkennung und Behandlung, indem zugleich den begleitenden Ohrenleiden und deren Behandlung besondere Aufmerksamkeit geschenkt ist.

Casuistiken, in solcher Weise mitgetheilt, sind für das Studium pathologischer Zustände ausserordentlich werthvoll. ausserdem muss man es dem Verf. Dank wissen, dass er uns durch diese Mittheilungen den besten Schlüssel zum Verständniss und zur rechten Würdigung seiner Beobachtungen an Lebenden ohne Rückhalt in die Hand gegeben.

Die gegen die Trautmann'sche Arbeit zu erhebenden Einwürfe beziehen sich wesentlich auf die vom Verf. auf Grund eigener Untersuchungen mit reichlich grosser Zuversicht aufgestellten — anerkannten fremden Beobachtungen zum Theil widersprechenden — Behauptungen.

Von den auf diese Weise angeregten Streitfragen bedürfen einige (z. B. über die vom Verf. in Abrede gestellte Existenz der Tubenmandel und des Schlundbeutels als normales Gebilde) zu ihrer Entscheidung fernerer Untersuchungen: andere dürften vielleicht schon jetzt spruchreif sein. Unter diesen sei es gestattet, zweien, die allgemeineres Interesse darbieten, hier eine nähere Beleuchtung zu Theil werden zu lassen, nämlich der Frage über das — von Tr. geleugnete — Vorkommen adenoider Vegetationen an den Seitenwänden des Nasenrachenraumes und der Frage über den Werth der verschiedenen Behandlungsweisen der Hyperplasie der adenoiden Masse.

Es ist Tr. niemals gelungen, sich von dem Vorkommen discreter Hyperplasien der adenoiden Masse (adenoiden Vegetationen) an den Seitenwänden des Nasenrachenraumes, weder an Lebenden. noch an der Leiche zu überzeugen. Daher stellt er ihr Vorkommen an dieser Stelle in Abrede (und, wesentlich daher, verwirft er den Ausdruck „adenoide Vegetationen", was für die Sache selbst wenig, dagegen mehr für die Wahl des Titels seiner Arbeit, Bedeutung hat).

War nun Tr. im Rechte, wenn er, auf Grund seiner negativen Beobachtungen, das Vorkommen solcher Wucherungen an den genannten Standorten leugnete?

Der grosse Astronom Copernicus sprach kurz vor seinem Tode sein Bedauern darüber aus, dass er nie so glücklich gewesen, den Planeten Mercur zu erblicken. (Und wie oft mag er in seinem 70jährigen Leben nach dem Mercur ausgesehen haben!) Es verlautet aber nicht, dass er das Dasein dieses Planeten in Abrede gestellt habe. Er vertraute den Beobachtungen seiner Collegen. Dasselbe sollte Tr. gethan haben. Schon eine einzige positive Beobachtung überwiegt ja, wo es auf die Entscheidung über die Existenz eines Gegenstandes ankommt. alle negativen. Und Tr. steht, bezüglich des Vorkommens seitenwand-

**ständiger Vegetationen**, mit sämmtlichen*) Collegen, welche sich mit dieser Frage beschäftigt, im Widerspruch. Wollte er also nicht die Beobachtungsgabe oder die Wahrheitsliebe derselben in Zweifel ziehen (wovon nicht die Rede sein kann), so lag es ihm ob, so zahlreiche, so gründliche und allseitige Beobachtungen zur Stütze seiner negativen Behauptung beizubringen, dass kein Zweifel, keine Unsicherheit Statt haben konnte.

Dies hat aber Tr. augenscheinlich nicht gethan.

Was zuerst die Untersuchung an Lebenden betrifft, so ist die hintere Rhinoscopie, gerade zur Erkennung und zum Studium seitenwandständiger Vegetationen, bei Weitem die beste Untersuchungsmethode. (Dem von Tr. erhobenen Einwande, dass die Rhinosc. post. leicht zu Täuschungen Anlass gebe, indem „das Ostium pharyngeum durch die herabhängenden Wucherungen“ [der Pharynxtonsille] verdeckt wird, daher kommen die unrichtigen, durch Rhinoscopie aufgenommenen Abbildungen“ — diesem Einwande begegnet man einfach und practisch dadurch, dass man vor der Anwendung des Spiegels erst die hyperplastische Pharynxtonsille operativ entfernt. Man übersieht dann leicht und genau die seitlichen Wucherungen.) Tr. gedenkt aber, wie schon oben erwähnt, in der Diagnostik der hinteren Rhinoscopie nur beiläufig, und es ist durch sorgfältiges Studium aller 150 casuistisch mitgetheilten Fälle nicht zu erkennen, dass er sie auch nur bei einem einzigen Kranken angewandt. Mithin hat sich Tr. einer wesentlichen Stütze für seine negative Behauptung entäussert.

Zur objectiven Diagnose beschränkt sich Tr. auf die Digitalexploration. Auch mittelst dieser Untersuchungsweise lassen sich allerdings seitliche Vegetationen wohl erkennen. Nur erfordert die zu solchem Zweck angestellte Fingeruntersuchung — wegen der meist weichen Beschaffenheit und nahezu gleichen Höhe der Geschwülste an diesem Standort — eine sehr sorgfältige Betastung, und daher eine vollkommen ruhige Haltung des Kranken. Wenn aber Tr. ausdrücklich vor der öfteren Fingeruntersuchung warnt — er will dieselbe nur ein Mal vor jeder Operation, ein Mal zur Feststellung des Erfolges angewandt wissen — so ist es zu bezweifeln, dass er selbst sowohl, als seine Patienten die für die Erkennung dieser Gebilde nöthige Ruhe gehabt haben.

Das Hauptargument Tr.'s für sein Ableugnen seitlicher Vegetationen bilden indess die Ergebnisse seiner Leichenuntersuchungen. Unter 190 Leichen, deren Nasenrachenraum Tr. untersuchte, boten 14 Hyperplasie der Rachentonsille dar. In keinem dieser 14 Fälle fanden sich discrete Hyperplasien an den Seitenwänden (wohl in 6 „Granulationen“ auf dem Tubenwulst). Also, meint Tr., kommen jene an der Leiche überhaupt nicht vor.

Gegen diesen Schluss lässt sich nun mit Recht Folgendes einwenden:

Abgesehen davon, dass Sectionen überall kein zuverlässiges Mittel zur Erkennung erectiler Gebilde abgeben; und zugegeben, dass jene, immerhin verdächtigen (s. Tr.'s Photographie No. 11) „Granulationen“ auch bei Lebzeiten nicht

---

*) Auch mein hiesiger College, Dr. V. Lange, hat an der angezogenen Stelle (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde, 1880, No. 2) das Vorkommen seitlicher Vegetationen keineswegs in Abrede gestellt.

als adenoide Vegetationen aufzufassen gewesen wären, so beweisen dennoch die Ergebnisse jener 14 Sectionen keineswegs, dass auch an anderen Leichen mit hyperplastischen Rachentonsillen keine seitlichen Vegetationen vorkommen*). Tr. hatte aber so viel weniger Befugniss, das Resultat seiner 14 Sectionen als Beweis für seine negative Behauptung zu benutzen, als Wendt, dessen Beobachtungen (s. Ziemssen VII, 1, S. 307) sich „vorwiegend auf die anatomische, aber auch auf die Spiegel- und digitale Untersuchung" stützen (und dessen Sectionsverfahren Tr. benutzte) Vegetationen an den Seitenwänden der Nasenrachenhöhle gesehen, untersucht und beschrieben hat (ib. S. 306).

Aus dem Vorigen dürfte zur Genüge erhellen. dass Tr., weit entfernt, den Gegenbeweis gegen das Vorkommen gesonderter Hyperplasien der adenoiden Masse an den Seitenwänden des Nasenrachenraumes geliefert zu haben, nicht einmal ernste Zweifel an ihrer Existenz zu erregen vermocht hat.

Die Bezeichnung „adenoide Vegetationen" dürfte mithin nach wie vor zu Recht bestehen.

Bei der Abschätzung des Werthes der verschiedenen gegen adenoide Vegetationen empfohlenen Behandlungsweisen kommen zunächst die Operationsmethoden in Betracht. Tr. spricht wiederholt die Ueberzeugung aus, dass die Entfernung der hyperplastischen Parynxtonsille mit seinem scharfen Löffel, und unter Beobachtung seiner Vorschriften für die Anwendung desselben, die vorzüglichste Operationsweise sei. Ob er, besonders unter den Erfindern anderer Operationsmethoden, Proselyten für sein Verfahren machen wird, bleibt dahingestellt. Bekanntlich sind seit 1873 in fast unübersehbarer Anzahl neue Operationsverfahren und Instrumente aufgetaucht, deren Erfinder jeder für sich ihre volle Befriedigung mit der Wirkung ihres Instrumentes und den erzielten Resultaten ausdrücken — ohne uns indess. ausser Tr., die Einzelheiten der erreichten Operationserfolge genau und unumwunden vorzulegen.

Bei dieser grossen Anzahl von Operationsweisen fragt es sich nun, ob die Befriedigung der Erfinder derselben die einzige Richtschnur für die Beurtheilung ihres Werthes abgebe, oder ob sich ein anderer und sicherer Maassstab finde zur Abschätzung ihrer Berechtigung und Bedeutung. Ein solcher Maassstab findet sich allerdings.

Als chirurgische Operation wird die Entfernung adenoider Vegetationen sich den für chirurgische Operationen im Allgemeinen gültigen Regeln unterzuordnen haben. Eine solche und zwar ebenso anerkannte als unumstössliche Regel ist aber die, dass der Operateur bei jeglichem chirurgischem Eingriff, zur Sicherung der Ausführung und der Folgen, sich der Sinne oder des Sinnes zu bedienen hat, der in dem gegebenen Falle verwendbar ist. Man denke sich einen auch noch so eminenten Operateur, welcher es sich einfallen liesse, einen Abscess unter der Haut mit geschlossenen Augen zu incidiren. Ein kaum verzeihlicher Scherz!

*) Es muss allerdings zugegeben werden, dass Tr. die Unverfänglichkeit jener „Granulationen" vorausgesetzt, beim Aufsuchen seitlicher Vegetationen besonders viele Nieten gezogen. Ref. fand (an Lebenden) unter seinen ersten 300 genau verzeichneten Fällen von adenoiden Vegetationen 52 Mal Vegetationen an den Seitenwänden des Nasenrachenraums (also ca. 1 : 6), stets im Verein mit Hyperplasie der Rachentonsille.

Wollte aber ein Operateur es zur Methode erheben, oberflächliche Abscesse mit geschlossenen Augen zu öffnen, so würde dieser Vorschlag als „schlechte Chirurgie“ mit Recht allgemeine Missbilligung finden. Dass aber im Nasenrachenraum wesentlichere Theile zu verletzen sind, als in der Haut über einem Abscess, ist an sich klar; es wird zum Ueberfluss dadurch bewiesen, dass es Trautmann — wie er berichtet — bei der Abtragung der hyperplastischen Phar.-Tons. mit seinem scharfen Löffel einmal begegnete, ein Stück des Tubenknorpels mit zu entfernen, ein anderes Mal durch Einschneiden des Schwellkörpers der einen unteren Muschel eine Blutung hervorzurufen, deren Stillung vordere und hintere Tamponade erforderte. Es dürfte mithin vollkommen unerlässlich sein, um sich nicht gegen die elementaren Regeln guter Chirurgie zu versündigen, sich bei der Entfernung adenoider Vegetationen entweder (bei der Galvanocaustik) des Gesichts, oder (bei der blutigen Entfernung derselben) des Tastsinnes zur Sicherung einer gefahrlosen Ausführung zu bedienen. Dass ein gewandter Operateur auch ohne Beihülfe dieser Sinne gute Erfolge zu erreichen vermag, dies macht die Operation „im Blinden“ als Operations-Methode nicht weniger verwerflich. In der That haben auch nicht wenige Erfinder neuer blutiger Operationsweisen, sei es aus Pflichtgefühl, sei es aus practischem Bedürfniss, sich bewogen gefunden, ihr operatives Vornehmen durch den eingeführten Finger zu unterstützen. (Z. B. Woakes und Hopmann. Der scharfe Löffel am Ringe gehört auch hierher, der Operationen mit dem Fingernagel garnicht zu gedenken.)

Die Frage, ob auch während der Operation mit dem scharfen Löffel der eingeführte Finger seine controlirende und unterstützende Wirkung ausüben könne, theils damit alles Nöthige auf ein Mal entfernt, theils damit nichts Anbeikommendes verletzt werde — diese Frage ist durch die Einführung der Ringmesseroperation längst entschieden. Das Ringmesser, dessen Wirkungsweise Trautmann völlig missverstanden zu haben scheint, ist nämlich ein scharfer Löffel ohne Boden, und wirkt wie der scharfe Löffel, nur gestattet seine gesonderte Einführung dem controlirenden Finger die nöthige freie Bewegung.

Welcher der controlirten Operationsmethoden schliesslich der Vorrang einzuräumen ist, wird sich erst bestimmen lassen, wenn über jede derselben eine genaue unumwundene Casuistik (wie die Trautmann'sche) vorliegt.

Es ist allerdings wahr, dass der durch den Mund eingeführte Finger (das einzige bekannte Mittel, den Tastsinn bei Operationen im Nasenrachenraum anzuwenden) den Kranken recht unangenehm ist, besonders wenn nicht eine schonende Angewöhnung vorhergegangen. Es ist jedoch die Gefahr, welche die Gegenwart von Vegetationen in sich birgt, zu gross, das Risico bei der uncontrolirten Anwendung scharfer Instrumente im Nasenrachenraum zu bedeutend, als dass man die Unannehmlichkeiten bei der Operation allzusehr in Betracht ziehen sollte. Leider scheint man auf dem Wege, bezüglich der Entfernung adenoider Vegetationen das cito et jucunde dem tuto gegenüber zu hoch anzuschlagen. Ich habe dies wiederholt erfahren müssen, wenn es in mein Loos fiel „leicht und schnell“ operirte Fälle zu untersuchen und aufs Neue zu operiren.

Entspricht die Operation der adenoiden Vegetationen allein allen Indicationen, welche an die Behandlung derselben gestellt werden müssen: ihrer

Entfernung, der Verhinderung ihrer Wiederkehr, der Heilung des begleitenden Catarrhs? Die Mehrzahl der Operateure, unter ihnen Trautmann, beantwortet diese Frage bejahend. (Tr. wendet, wie schon bemerkt, nur unter ganz besonderen Umständen eine Nachbehandlung an.) Es fehlt das Material, um über diesen entschieden höchst wichtigen Punkt, zu einer bestimmten Entscheidung zu gelangen. Ein genaues Studium der Tr.'schen Casuistik lehrt indess, dass Recidive selbst nach sorgfältiger Entfernung der Geschwülste vorgekommen sind; „diffuse Schwellung" ist nicht selten, längere Zeit nach der Operation, notirt! Ich selbst habe, nach sorgfältiger Abtragung der Vegetationen, stets eine genau überwachte, mehrwöchentliche Nachbehandlung in Anwendung gezogen. 17 Fälle, in welchen die Nachbehandlung unterbrochen oder ungeübten Händen übergeben wurde, zeigten unverkennbaren Nachwuchs der Vegetationen mit begleitendem Catarrh. Diese Beobachtungen fordern dringend dazu auf, längere Zeit nach der Operation den Zustand des Nasenrachenraums aufs Genaueste zu beobachten, jedenfalls nicht principiell von jeder Nachbehandlung Abstand zu nehmen. Und je eifriger und erfolgreicher, besonders in den letzten Jahren, die Fachmänner bemüht gewesen sind, das grosse ärztliche Publicum mit der Pathologie und Therapie der adenoiden Vegetationen vertraut zu machen, desto mehr liegt es den Männern der Wissenschaft ob, ernstlich Sorge dafür zu tragen, dass nicht durch eine zu leichte Auffassung ihrer eigenen Aufgabe diesem Leiden gegenüber, in die nützliche Lehre von den adenoiden Vegetationen und ihre practische Verwerthung auch nur eine Spur von Dilettantismus sich einschleiche.

Ehe wir schliessen, noch eine sprachliche Bemerkung:

Trautmann und mehrere Verfasser vor ihm bezeichnen die für die Gegenwort reichlicher Vegetationen charakterische Aussprache als „näselnd". Ist dieser Ausdruck zutreffend? enthält er die Bezeichnung beides, der Klanglosigkeit der Stimme und des Unvermögens der Phonation der Nasalbuchstaben?

So viel Ref. bekannt, spricht derjenige durch die Nase (näselnd), welcher unvermögend ist, beim Sprechen den nöthigen Abschluss zwischen Mund und Nase herzustellen (schmerzhafte Angina, Uranocoloboma). Wenn dem so ist, verlangt die hier uns beschäftigende Aussprache, da sie sowohl ihrem Character als ihrer physicalischen Grundlage nach geradezu als das Gegentheil der vorigen auftritt, mit Nothwendigkeit ihre eigene Benennung, gleichgültig, ob man den Ausdruck „todte Aussprache" annehmen, oder einen neuen erfinden will.

---

Einer der Vorzüge des Trautmann'schen Werkes ist, wie Eingangs erwähnt, sein wissenschaftlicher Ernst. Es schien deshalb geziemend, die hier erhobenen Einwürfe wohl nicht erschöpfend, aber doch so eingehend zu motiviren, als es der Zweck und der Raum dieser Zeitschrift gestatten. Das Gerüst der Trautmann'schen Arbeit ist so fest, dass es durch unsere Einwürfe nicht aus den Fugen gebracnt werden kann. Das war auch nicht die Absicht dieser Besprechung. Vielmehr sollte sie die Aufmerksamkeit und das Interesse der Aerzte auf dies anregende und belehrende Buch hinlenken, für welches das medicinische Publicum, die Fachmänner nicht zum Wenigsten, dem Verf. anerkennungsvollen Dank schulden. Die musterhafte Ausstattung des Werkes macht das Studium desselben noch angenehmer und leichter. WILHELM MEYER (Kopenhagen).

b) **G. Scheff** (Wien). **Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens und ihre Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.** Mit 35 Holzschnitten. **Berlin**, 1886. Hirschwald. 249 Ss. 6 Mk.

In der Vorrede bekennt Verf. seine Bedenken, mit einem Werke in die Oeffentlichkeit zu treten, welches in den letzten Jahren viele ausgezeichnete Vorgänger gehabt habe. Wenn er sich dennoch zur Herausgabe entschloss, so habe er es in der Meinung gethan, dass jene dem Bedürfniss der practischen Arztes zu wenig Rechnung trügen, da sie zu umfangreich oder zu gedrängt gehalten seien. War dieses Motiv für den Verf. massgebend, so hätte er füglich unterlassen sollen des Weiteren sich zu entschuldigen wie folgt: „Wenn ich bei Bearbeitung des Stoffes mitunter vielleicht zu gedrängt, vielleicht auch wieder zu weitläufig geworden bin, oder gar manches übersehen habe, so mag mir das nicht zum schwerwiegenden Vorwurfe angerechnet werden; es findet seinen Grund in dem grossen Umfange des Materials, bei dessen Zusammenstellung es nicht immer möglich ist, das richtige Mass einzuhalten“. Verf. fürchtet offenbar in denselben Fehler verfallen zu sein, den er bei Anderen rügte. Diese Furcht ist nicht unbegründet. Besonders im I. Theil, der die „Anatomie, Histologie, Physiologie und Embryologie der Nase und deren Nebenhöhlen, sowie des Rachens“ umfasst, springt eine gewisse Ungleichartigkeit der Stoffvertheilung störend hervor. So widmet Verf. den so wichtigen Nerven der Nase kaum $2^1/_2$ Zeilen, während doch das Verständniss vieler der Nase eigenthümlicher oder von ihr abhängiger Erkrankungen sehr erleichtert wird durch Darlegung der Verzweigungen der beiden Quintusäste, welche die Nase versorgen, sowie der Anastomosen, welche sie durch Vermittelung des Ganglion rhinicum und des G. ciliare mit den sympathischen Geflechten des Auges etc. eingehen. Dem gegenüber wird die „Schleimhaut der Nase und deren Nebenhöhlen“ zunächst auf 2 Seiten abgehandelt und dann folgen noch weitere 7 Seiten über die „Textur der Nasenschleimhaut“ — „Textur der Schleimhaut der Kieferhöhle — „Textux der Keilbein(!)schleimhaut“ — „Textur der Stirnhöhlenschleimhaut“. Wenn diese Weitschweifigkeiten bei der flüchtigen Berührung anderer Punkte nur auffallen, so muss geradezu getadelt werden, wenn die Kürze so weit geht, dass sie das grundlegende Verständniss verhindert. Dieses ist z. B. der Fall, wo gesagt wird: „Der Boden (der Nasenhöhle) wird durch den Processus palatinus des Oberkiefers gebildet“. Hier durfte nicht übersehen werden, dass auch das Gaumenbein einen nicht unwesentlichen Antheil am Boden der Nasenhöhle hat, da seine Pars horizontalis fast allein das hintere Drittel desselben bildet. Uebrigens finden wir in diesem I. Abschnitte manches aus der Physiologie etc. zusammengestellt, was in anderen Lehrbüchern übergangen, jedoch wichtig genug ist um mitgetheilt zu werden, wenn es auch vielleicht über das, was für den practischen Arzt unabweisbares Bedürfniss ist, hinausgeht.

Der folgende Abschnitt: „Geschichte der Rhinoscopie, Untersuchungsmethoden und Instrumente“ ist schon gleichmässiger bearbeitet und entspricht am meisten den vom Verf. selbst aufgestellten Grundsätzen, welche ihm bei der Bearbeitung des Stoffes zur Richtschnur dienen sollten.

Der III. Theil handelt die Erkrankungen der Nebenhöhlen ab. Dieselben kommen nach Verf. häufiger vor, als es den Anschein hat, „denn nur selten

werden die pneumatischen Nebenhöhlen an der Leiche in normalem Zustande angetroffen". Dieser Begründung kann ich nur mit einiger Reserve, der Behauptung selbst aber unumwunden beipflichten auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen. Wenn aber Verf. empfiehlt, die eröffnete Kieferhöhle mit 5proc. Carbollösung auszuspülen, so möchte ich doch warnen, so starke Lösungen für die Nase zu gebrauchen; denn schon eine 2proc. Lösung, welche übrigens zu Desinfectionszwecken bekanntlich ausreicht, bewirkt bei einigen Patienten nicht geringe Irritationserscheinungen. Dass Polypen des Sinus maxillaris selten seien (d. h. selten im Verhältniss zu den Erkrankungen dieser Höhle überhaupt), möchte ich bezweifeln, wenn auch in den seltensten Fällen nur es gelingen wird, die Insertionsstelle am Lebenden zu diagnosticiren. Unter 21 nach der Schalle'schen Methode gewonnenen Präparaten fand ich 2 Mal Polypenbildung in der Highmorshöhle; bei dem einen war der Polyp durch das Ostium in die Nasenhöhle hineingewuchert; Luschka hatte bei 50 Leichen 6 Mal Polypen der Oberkieferhöhle gefunden; Zuckerkandl allerdings weit weniger, 6 unter 300; wenn man aber bedenkt, dass von den 300 Leichen nur der kleinste Theil an Erkrankungen des Sinus maxill. litt, so ist die Zahl von Zuckerkandl ebenfalls relativ eine hohe.

Bei dem III. Theil „Krankheiten der Nase" befolgt Verf. die übliche Eintheilung, geht aber so flüchtig über die doch so häufig vorkommenden Stenosen durch Verbiegung des Septums oder durch spinöse oder cristöse Auswüchse bezw. Faltungen desselben hinweg, dass der Leser über deren Vorkommen und Behandlung so gut wie nichts erfährt. Hierfür kann die ausführliche Beschreibung der Rhinoplastik um so weniger entschädigen, als dieselbe, streng genommen, gar nicht hierhingehört, sondern in ein Lehrbuch der Chirurgie. Im Capitel über Rhinitis chronica erfahren wir, dass Verf. bei Untersuchung von 20 trachomatösen Augenkranken die Ueberzeugung gewonnen habe, dass selbst Augenleiden die Ursache chron. Entzündung der Nasenschleimhaut sein können. Dieses ist ohne Zweifel richtig, wenn auch das umgekehrte Verhältniss, was Verf. nicht erwähnt, viel häufiger vorkommt und leider noch vielfach übersehen wird. Indessen sind es am häufigsten catarrhalische und scrophulöse (phlyctaenuläre) Conjunctividen, welche im Anschlusse an Nasenblennorrhoen entstehen und ihre Abhängigkeit von letzteren dadurch verrathen, dass sie trotz topischer Behandlung der Augen bei gleichzeitiger Vernachlässigung des Nasenleidens hartnäckig bestehen bleiben, dagegen auffallend rasch schwinden, sowie durch geeignete Behandlung der Nase letztere sich bessert. Die Vorliebe für Wassereingiessungen in die Nase kann ich nicht theilen; seit 8 Jahren lasse ich nur eröffnete Nebenhöhlen (mit der Stempel- oder Ballonspritze) durch Irrigation reinigen und verordne Schnupfwässer nur in sehr seltenen Fällen. Die Nasendouche jedoch habe ich seit dieser Zeit völlig ausser Thätigkeit gesetzt und glaube den Patienten dadurch mehr genützt zu haben als vordem, wo ich Douchen anwendete. Verf. definirt die Rhinitis blennorrhoica als einen „entzündlichen Process, welcher mit Bildung eines ausschliesslich eitrigen Secrets einhergeht und bald zu oberflächlichen Läsionen, bald zu tiefergreifenden Geschwüren und zu Necrose des Knochens führt". Dieser Definition kann ich nicht beitreten. Tiefergehende Ulcerationen der Nasenschleimhaut kommen (von dem vor-

deren Ende des knorpeligen Septums abgesehen) nur bei syphilitischer, tuberculöser oder lupöser Blennorrhoe, kurz bei auf dyscrasischem Boden entstandenen secundären Eiterungen vor, welche meist schnell auf den Knorpel bezw. Knochen übergehen. Diese dyscrasischen Erkrankungen bespricht Verf. aber später in besonderen Abschnitten; er kann also hier nur die einfache Blennorrhoe meinen, deren häufigste Form die gemeine Ozaena (Ozaena simplex) ist. Bei diesen Eiterungen kommen nur oberflächliche Epithelabschürfungen (Erosionsgeschwüre) und meist auch nur dann vor, wenn Borken sich abstossen oder mechanisch entfernt werden; tiefgehende Verschwärungen fehlen dagegen immer. Ausser der Ozaena kommen aber allgemeine oder circumscripte Blennorrhoen gar nicht selten bei einem guten Theil der anscheinend an rein nervösem Schnupfen oder an Schleimhauthyperplasien oder an Polypen Leidenden vor und zwar als ständige oder als temporäre Begleiterscheinung dieser Processe. Hiervon erwähnt Verf. kaum etwas. Ueber solche versteckte Eiterungen giebt die Anwendung von lockeren Watteeinlagen den besten Aufschluss, welche ich aus jahrelanger Erfahrung auch als diagnostisches Hülfsmittel nicht genug empfehlen kann. Wird der nach 12stündigem Liegen herausgenommene Wattestreifen (der bald im unteren, bald im mittleren Nasengang applicirt werden muss) statt nur serös oder schleimig durchtränkt zu sein, stark eitrig befunden, so steht die Diagnose fest und lässt sich oft genug die Stelle genau bestimmen, wo die Eiterung ihren Sitz hat, wenn nämlich die Watte nur an einer Seite oder an ganz bestimmten Abschnitten gelb gefärbt wird und dieses mehrere Tage hindurch regelmässig sich wiederholt.

Der über Polypen der Nase handelnde Abschnitt ist meines Erachtens ungenügend bearbeitet.

Der V. Theil „Krankheiten des Rachens" bildet den Schluss. Verf. hält es bei der chronischen Mandelvergrösserung für genügend, „von der Mandel nur soviel abzutragen, als über die Gaumenbögen hinausragt". Dieses reicht jedoch gerade für die schlimmsten Formen von Mandelhyperplasie nicht aus, nämlich für die mit den Bögen verwachsenen, diffus entarteten Tonsillen, welche keinen Hals haben, wie andere wallnussartig frei in das Lumen des Pharynx vorspringende Tonsillargeschwülste. Ja, es giebt genug Fälle — und diese machen oft die grössten subjectiven Beschwerden — bei welchen gar nichts oder nur sehr wenig über den Bögen vorsteht, dagegen um so mehr lateralwärts in das seitliche Halsgewebe hineingewuchert ist; solche, oft überraschend ansehnliche Mandelvergrösserungen bekommt man erst zu Gesicht, wenn man sie durch Haken stark hervorzieht; oberflächliches Abkappen nutzt hier garnichts; hier heisst es gründlich Exstirpiren, wenn man dauernd Hülfe bringen will. Die „adenoiden Vegetationen" des Nasenrachenraumes werden ganz kurz in dem Abschnitte über Neubildungen erwähnt. Eine so characteristische, wichtige und häufig vorkommende Affection hätte doch wohl verdient, eingehend in einem besonderen Capitel dargestellt zu werden. Besondere Beanstandung verdient die Angabe S. 240, dass die „sogenannten Nasenrachenpolypen" aus den adenoiden Vegetationen hervorgingen. Papillome kommen nach Verf. an den Gaumenbögen oder an der Pharynxwand vor. Hierbei hat er einen Lieblingssitz dieser kleinen Geschwülste, die Uvula, übersehen. Verf. meint, diese Papillome seien „von gar keinen Be-

schwerden begleitet, selbst locale Reizerscheinungen fehlen gänzlich". Wenn Verf. dieses auch bei einem Falle, von dem er eine Abbildung giebt, beobachtet hat und dieses in der That von einer Anzahl von Fällen gilt, so giebt es doch zahlreiche andere — wie ich auf Grund von über 90 eigenen Beobachtungen versichern kann — welche heftige locale und reflectorische Beschwerden aufweisen, Beschwerden, die mit einem Schlage verschwinden, sowie die Neubildung beseitigt wird. Auf den Zusammenhang von Nervenstörungen mit derartigen Papillomen hat übrigens schon Gerhardt 1873 aufmerksam gemacht (Fall von Pharynxpolyp mit reflectorischer Stimmbandlähmung, Ziemssen's Archiv, Bd. XI).

Diesen Ausstellungen könnte Ref. noch manche änderweitige anreihen, auch abgesehen von den Druckfehlern, welche man namentlich bei Wiedergabe der Autorennamen antrifft. (So müssen z. B. die Herren Fränkel die gut wienerische Abänderung ihres Namens in Fränkl constant sich gefallen lassen.) Dennoch ist Ref. nicht der Meinung, dass die Arbeit Verf.'s verfehlt sei. Auf dem Gebiete, auf welches derselbe sich begeben hat, um „seine Erfahrungen denen bewährter Autoren anzureihen" giebt es noch so manchen dunklen Punkt aufzuhellen und so manches Missverständniss zu beseitigen, es fehlt noch so sehr an allgemeiner Verständigung über die Bezeichnung gewisser Krankheitszustände, dass es nicht Wunder nehmen darf, wenn bei Beurtheilung rhinologischer Schriften vielfach abweichende Ansichten zu Tage treten. Zahlreichen Ausführungen Verf.'s wird übrigens Jeder unbedenklich zustimmen und so möge dem Autor denn die Frucht seines Bemühens, etwas Brauchbares dem Studirenden und Arzte zu bieten, nicht vorenthalten bleiben, zumal da es an der bei der Hirschwald'schen Verlagshandlung üblichen guten Ausstattung des Buches nicht fehlt. HOPMANN (Cöln).

---

# III. Briefkasten.

## Ein eigenthümlicher Grund zur Begnadigung eines Mörders.

Folgendes Bruchstück einer von mehreren hundert Personen unterzeichneten Petition zu Gunsten eines zum Tode verurtheilten Mannes, der zuerst seiner Frau den Hals durchschnitten und dann dieselbe Procedur bei sich vorzunehmen versucht hatte, hierbei aber nicht ganz erfolgreich gewesen war und seinen Hals nur so zugerichtet hatte, dass er eine Tracheotomiecanüle hatte tragen müssen (Details fehlen), — entnehmen wir der „New-York Sun" vom 4. April 1886:

„Wenn er gehängt wird, so kann die Schlinge, welche nothwendigerweise seinen Hals oberhalb der Canülenöffnung einschnürt, absolut nicht Strangulation bewirken oder sonst seine Respiration hemmen, und sein Tod muss nothwendigerweise an reiner physischer Erschöpfung erfolgen. Im Interesse der Menschlichkeit und aufgeklärten Civilisation bitten daher die Petenten um die Veränderung der Todesstrafe in lebenslängliche Gefängnisshaft."

Es ist wohl kaum nöthig, hinzuzufügen, dass der Tod beim gerichtlichen Erhängen nicht durch Strangulation, sondern durch Zerstörung des Cervicaltheils des Rückenmarks zu Stande gebracht wird. In der That haben die Behörden, wie uns Herr Dr. Schapringer in New-York, dem wir obige Mittheilung verdanken, später mitgetheilt hat, dem Gnadengesuch für den armen Sünder keine Folge gegeben, und die Hinrichtung desselben ist denn auch vollkommen gelungen. Angaben über das Verhalten der uns speciell interessirenden Theile fehlen.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang III. Berlin, September. 1886. No. 3.

## I. Die Stellung der Laryngologie in Italien.

Die Laryngologie ist in Italien eine noch sehr junge Wissenschaft. Sie wurde hier importirt, nachdem sie andern Ländern bereits zu grösserer Bedeutung gelangt war. Wohl sämmtliche jetzt in Italien practicirende und docirende Laryngologen haben ihre Studien im Ausland gemacht. Da keinerlei sich auf die Entwicklung der Laryngologie beziehenden Publicationen existiren, so sind wir lediglich auf private Mittheilungen angewiesen.

Ums Jahr 1864 besuchte Dr. Gentile die ausländischen Kliniken. Er war der erste in Neapel und vielleicht in ganz Italien, der das Laryngoscop anwandte. Ungefähr um dieselbe Zeit publicirte Dr. Venturini einen Fall von Kehlkopfpolypen, beobachtet und behandelt per vias naturales.

Die eigentliche Geschichte der italienischen Laryngologie beginnt mit Labus und Massei, die im Jahr 1870 fast gleichzeitig, der eine im Norden, der andere im Süden des Landes, ein Ambulatorium für Halskrankheiten eröffneten und bald darauf laryngoscopische Curse abzuhalten begannen. Labus habilitirte sich als Privatdocent der Laryngologie in Pavia, Massei erhielt 1882 die Docentur in Neapel zugleich mit officiellem Lehrauftrag. Im selben Jahre wurde für ihn ein Lehrstuhl gegründet, und es erfolgte seine Ernennung zum Professore incaricato. Es muss hier bemerkt werden, dass es in Italien drei Kategorien von Universitätsprofessoren giebt: Ordinarii, Extraordinarii und Incaricati (Beauftragte). Die beiden letzteren werden Jahr für Jahr neu bestätigt. Was die sonstigen Universitätseinrichtungen betrifft, das Studium der Medicin und ihrer Hilfsfächer, die Examina etc., so sind diese Verhältnisse im Allgemeinen denen in Deutschland und Oesterreich ziemlich analog und an den verschiedenen italienischen Universitäten im Wesentlichen dieselben.

Neapel ist die erste und bis jetzt einzige italienische Universität, die einen officiellen Lehrstuhl für Laryngologie besitzt. Der laryngologische Unterricht, der wie anderwärts in theoretischen Vorträgen und practischen Uebungen besteht, ist nicht obligatorisch, und wird deshalb nur von denjenigen besucht, die aus privatem Interesse sich dem Studium der Laryngologie widmen wollen. Also sowohl in Neapel wie auf den anderen Universitäten ist die Laryngologie ein Nebenfach, dessen Kenntniss im Staatsexamen nicht verlangt wird. Dies hat natürlich zur

Folge, dass der grössere Theil der Studirenden sich um diesen Zweig der Medicin nicht kümmert.

Die laryngologische Professur in Neapel ist nicht mit einer Klinik verbunden. Es besteht nur ein (jährlich von ca. 800 Kranken besuchtes) Ambulatorium, an welchem ein Assistenzarzt (zugleich Privatdocent der Laryngologie) und zwei freiwillige Assistenten fungiren. Der Mangel eines Saales mit Betten bedingt, dass die Tracheotomieen der chirurgischen Klinik zufallen. In der Universität Neapel haben sich in der letzten Zeit noch mehrere Docenten für Laryngologie, Rhinologie etc. habilitirt. Ausser diesen practicirt in Neapel eine grössere Zahl von Specialisten. Neapel bildet also, wie man sieht, das Centrum für unsere Specialität; zwei Fachzeitungen erscheinen in Neapel, und die laryngologischen Publicationen stammen vorwiegend von Neapolitanern.

An den übrigen grösseren italienischen Universitäten finden sich meist Privatdocenten für Laryngologie, die ein Ambulatorium halten und Curse lesen, so in Genua, Florenz, Turin, Padua. Genaueres haben wir über diese Verhältnisse leider nicht erfahren können. Einen officiellen Lehrauftrag haben diese Docenten nicht, auch ist ihnen kein klinisches Material zur Verfügung gestellt. An den kleineren und kleinsten Universitäten (Italien hat nicht weniger als 22 Hochschulen) besitzt die Laryngologie keine Vertreter.

In den grössern Städten practiciren auch Specialisten, jedoch nirgends in der Anzahl wie in Neapel. Auch ist das Publicum im Allgemeinen nicht gewohnt, sich ohne dringende Noth an den Specialisten zu wenden, überhaupt sich einer regelmässigen localen Behandlung zu unterziehen. Es ist dies um so weniger zu verwundern, als bei dem Gros der Aerzte das Interesse für die laryngologischen und rhinologischen Untersuchungsmethoden fehlt. Die medicinische Erziehung des Publicums geht bekanntlich mit der der Aerzte Hand in Hand. Wenn die Aerzte im Allgemeinen es nicht für nöthig halten, bei Halsleiden den Kehlkopf zu untersuchen oder durch einen Specialisten untersuchen zu lassen, so ergiebt sich daraus von selbst, dass auch ein grosser Theil des kranken Publicums dies nicht für nöthig hält und sich mit allgemeinen Medicationen begnügt.

Weder die Docenten noch die Specialisten stehen in irgend einer Beziehung zu den Kliniken und Hospitälern. Es ist also weder an einer Klinik noch an einem Hospital ein Laryngolog angestellt. Eine Abtheilung für Halskrankheiten existirt an keinem Krankenhaus. Ebenso wenig wird — so viel wir haben in Erfahrung bringen können — von Klinikern oder Hospitalärzten in nennenswerther Weise Laryngologie getrieben. Davon, dass — wie in Deutschland — hervorragende klinische Lehrer ihr Interesse und ihre Arbeitskraft der Laryngologie zuwenden und dadurch in wissenschaftlicher und practischer Hinsicht zu Förderern unserer Specialität werden, ist uns in Italien nichts bekannt; und darf wohl überhaupt in Abrede gezogen werden, wenn man erwägt, dass man in der italienischen laryngologischen Literatur der letzten Jahre kaum dem Namen eines klinischen Professors begegnet.

Es erhellt aus dem Gesagten zur Genüge, dass man auch in Italien wie anderwärts noch weit entfernt ist, die Bedeutung unserer Specialität in vollem Maasse anzuerkennen, einer Specialität, die — wenigstens bis zu einem gewissen

Grade, und wäre es nur als Laryngoscopie, als diagnostische Untersuchungsmethode — zum Gemeingut aller Aerzte gemacht werden sollte. Dass sich die Laryngologie in Italien noch nicht die Geltung verschafft hat, die ihr gebührt, ist bei ihren 16 Jahren nicht zu verwundern. Immerhin ist in dieser kurzen Zeit relativ viel geschehen. Ueberall ist den Studirenden die Möglichkeit geboten, sich in diesem Zweig der Medicin zu unterrichten, ohne zu kostspieligen Reisen in's Ausland gezwungen zu sein. Und besonders in den letzten Jahren hat sich ein regeres Interesse für unsere Spezialität gezeigt, indem durch den Eifer ihrer älteren Vertreter die jüngere Generation mehr und mehr zu laryngologischen Studien herangezogen worden ist. Es ist zu hoffen, dass es so unermüdlichen Arbeitern, wie z. B. Massei einer ist, gelingen wird, der Laryngologie auch in Italien allmählich diejenige Stellung zu verschaffen, die sie innerhalb des Rahmens der Gesammtmedicin einzunehmen berufen ist.

Von dem Fleiss der italienischen Laryngologen zeugen die bei der relativ kleinen Zahl von Autoren immerhin zahlreichen Publicationen. Italien besitzt ein ausschliesslich der Laryngologie gewidmetes Journal, die vierteljährlich erscheinenden „Archivii italiani di laryngologia", ferner zwei zugleich anderen Interessen dienende Zeitschriften, das ebenfalls vierteljährlich erscheinende „Archivio internazionale di Laryngologia, Rinologia, Otologia, Pneumopatia, Aeroterapia" und das kleine zweimonatliche „Bolletino delle malattie dell' orecchio, del naso e della gola". Ausser in diesen Zeitungen werden aber laryngologische Artikel in allen möglichen grösseren und kleineren Blättern veröffentlicht, vom täglich erscheinenden Journal bis zum unregelmässig erscheinenden und kaum zugänglichen Bulletin. Die Publicationen betreffen meist kleinere Arbeiten, Krankengeschichten mit Epikrisen und Excursen in die in- und ausländische Literatur, auch einzelne ausführlichere Monographien. Lehrbücher oder grössere Werke sind in den letzten zwei Jahren nicht erschienen.

---

# II. Referate.

## a. Therapeutisches und Instrumente.

1) **Baumgarten** (Pest). **Zur Wirkung des Cocains.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 2. 1886.*

Durch Bepinselungen mit Cocain konnte bei einer an Laryngospasmus und Posticuslähmung leidenden Patientin nicht nur der erstere, sondern auch der sehr heftige Hustenreiz und die Hyperämie der Taschenbänder beseitigt werden.

SCHECH.

2) **R. Pott. Ueber den therapeutischen Werth der Cocapräparate im Kindesalter.** *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 24. Heft 1 u. 2. 1886.*

Sehr günstige Erfolge sah Verf. von Einpinselungen einer 5—10proc. Lösung bei den verschiedenen Formen von Angina, sowie bei Bellhustenparoxysmen, dem Keuchhusten, sowie bei Spasmus glottidis; der Verlauf des Keuchhustens

kann durch Cocain um mehrere Wochen abgekürzt werden; auch bei halbjährigen Kindern sah Verf. niemals schlimme Folgen oder Vergiftungserscheinungen.

SCHECH.

3) **Seifert** (Würzburg). **Ueber Cocain und Cocainismus.** Sitzungsber. d. Würzb. physiol.-med. Gesellschaft, April 1886.

Nach Aufzählung der physiologichen und therapeutischen Wirkungen, welche mit den Erfahrungen Anderer übereinstimmen, bespricht S. die Nachtheile des Cocains. Acute Vergiftungen kommen ziemlich häufig vor; ihre Erscheinungen sind oft von denen des Chocs kaum zu unterscheiden, namentlich wenn Cocain zum Zwecke operativer, galvanocaustischer Eingriffe in Nase, Rachen, Kehlkopf angewendet werde; Verf. sah schon Vergiftung nach 0,1 Cocain; auch sah er mehreremale ungewöhnlich heftige Nachblutungen aus den operirten Stellen, wohl in Folge der der Verengerung der Gefässe nachfolgenden starken Erweiterung; als eine neue Erscheinung beschreibt S. das Gefühl der Verlängerung der Schneidezähne. Chronische Vergiftung — Cocainismus — ist noch viel schlimmer als Morphinismus; S. beschreibt einen solchen Fall bei einem Kranken, der frappante Symptome einer Geisteskrankheit darbot und durch langsame Entwöhnung geheilt wurde; S. warnt vor der Substitution des Cocains für Morphium.

SCHECH.

4) **Ziem** (Danzig). **Ueber die Wege der Intoxication durch Cocain.** *Allgem. Med. Central-Zeitung. 11. Stück. 1886.*

Verf. glaubt, dass die Intoxicationen durch Cocain auch durch Resorption von der Nasenschleimhaut aus entständen und nicht nur durch Verschlucken des in den Rachen abfliessenden Theils.

B. FRAENKEL.

5) **M. Bresgen** (Frankfurt a./M.). **Ueber die Wege der Intoxication durch Cocain.** *Allgem. med. Central-Zeitung. No. 14. 1886.*

Verf. glaubt annehmen zu dürfen, dass die Vergiftungserscheinungen nach Cocainisirung der Nase durch den eigenthümlichen Verlauf einiger Venen erklärt werden könnten, welche durch die Siebplatte in die Schädelhöhle eindringen und entweder in das Venengeflecht des Tractus olfactorius oder direct in eine stärkere Vene am Orbitallappen übergehen; zumal diese Gefässe meist von Lymphgefässen begleitet seien. Die Aufnahme des Alkaloids durch den Magen in Folge von Verschlucken ist gleichfalls nicht ausgeschlossen.

SCHECH.

6) **Georg Bock** (Nürnberg). **Zur Casuistik der Cocain-Intoxication.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 6. 1886.*

In einem Fall von Cocainintoxication (Veränderung des Bewusstseins, Erblindung etc.) in Folge einer submucösen Injection an der Gingiva zum Zweck der Zahnextraction erwies sich Amylnitrit als vortreffliches Heilmittel.

B. FRAENKEL.

7) **Gourand. Durch Cocain verursachte Zufälle. (Accidents causés par la cocaine.)** *Gaz. méd. de Nantes. No. 5. 9. März 1886.*

G. pinselte die Tonsillen eines jungen, gut gebauten, sonst gesunden Mannes mit einer 4proc. Cocainlösung ein, behufs schmerzloser Exstirpation der-

selben mittelst Thermocauters. — Da nach den ersten Pinselungen keine Localanaesthesie eintrat, pinselte er mehrmals und verbrauchte im Ganzen 16 Centigramm von salzsaurem Cocain. Da bekam der Kranke plötzlich nervöses Zittern, Ekelgefühl, Schwindel, Contractur der Arme und Beine. Beim Gehen schwankte er wie ein Tabiker. — Nach 15—20 Minuten verschwanden diese Erscheinungen. Die erzielte Localanaesthesie war dabei unbedeutend. E. J. MOURE.

8) **F. Neumann** (Petersburg). **Ueber die Anwendung der Chromsäure und der Galvanocaustik in der Nase und dem Rachen.** *Petersb. med. Wochenschr. No. 3. 1886.*

Verf. hat mit beiden gearbeitet; er meint, beide seien nicht Concurrenten, sondern ergänzten blos einander. In einzelnen Fällen, z. B. bei Polypen der Nase, bei Operation im Nasenrachenraum ist die Galvanocaustik vorzuziehen, in andern, wie Cauterisationen der unteren Nasenmuschel, ist die Anwendung der Chromsäure einfacher. Ein grosser Vorzug der Chromsäure besteht schon darin, dass dieselbe auf ängstliche Patienten weniger psychisch wirkt, als der ganze galvanocaustische Apparat.

Die Chromsäure in Form der Hering'schen „Perle" hält N. nicht für zweckmässig, da man mit derselben sehr leicht das gegenüberliegende Gewebe gleichfalls anätzen kann. Verf. hat sich ein Instrument in Form eines Daniell-schen Löffels construiren lassen, das er in einem Politzer'schen Griff befestigt. In diesen Löffel wird die Chromsäure eingeschmolzen. In dieser Form fand die Chromsäure Verwendung zur Zerstörung des cavernösen Gewebes der unteren Muschel, zur Cauterisation von Polypenresten, zur Zerstörung von Papillomen der mittleren Muschel, bei Pharyngitis granulosa et lateralis etc. Bevor N. zur Cauterisation schritt, versuchte er den Catarrh der kranken Schleimhaut mit Jodglycerinpinselungen theilweise zu heben. Vor und nach der Operation mussten die Patienten einige Schluck Sodawasser trinken. Nach der Operation wurde die geätzte Stelle mit einem, mit Sodawasser getränkten Wattebausch betupft.

Bisweilen trat nach Aetzungen in der Nase leichter Kopf- und Gesichtsschmerz auf. Einmal sah Verf. Erbrechen bei einer Patientin, die sich geweigert hatte Sodawasser zu trinken. N. wartet, bis der Schorf sich von selbst abstösst, was allerdings bisweilen sehr lange dauert. LUNIN.

9) **B. Fränkel. Lanolin als Salbengrundlage für die Schleimhäute.** *Berl. klin. Wchschr. No. 5. S. 82. 1886.*

In einer Discussion über die therapeutische Verwerthung des Lanolin in der Berliner medic. Gesellschaft theilte Fr. mit, dass er dasselbe als das einzige Fett, welches sich auf feuchte Grundlage auftragen lasse, als Salbenconstitutiens für die Nase und den Pharynx versucht habe. Um es weicher zu machen, setze man zweckmässig Fett (1,0—2,0 auf 15 Lanolin) zu. Am bequemsten sei es, die Salbe mittelst eines Glasstabes aufzutragen. Dieselbe verhindere Borkenbildung und beschränke die Secretion und verdiene deshalb in entsprechenden Fällen angewandt zu werden. Fr. hat auch Zusätze gemacht und zwar besonders Acidum boricum und Jodoform. AUTOREFERAT.

10) **Robert Sattler. „Lloyds Hydrastis“ bei Hals-, Augen- und Ohrenkrankheiten. („Lloyds Hydrastis“ in diseases of the throat, eye and ear.)** *Cincinnati Lancet and Clinii, 6. März 1886.*

Allgemeine Empfehlung eines speciellen Präparats eines wohlbekannten Mittels. LEFFERTS.

11) **R. P. Lincoln. Die chirurgische Verwendung der Electricität in den oberen Luftwegen. (The surgical use of electricity in the upper air-passages.)** *New-York Med. Journ. 16. Jan. 1886.*

Der Artikel basirt auf dem Satze, dass der Galvanocauter in chirurgischem Sinne Anwendung findet als Mittel zur Abtragung und zur localen Zerstörung und dass er bei oberflächlichem Gebrauch, als Gegenreiz und Stimulans wirkt. Hierauf betrachtet der Autor die erste Anwendungsweise, welche die Exstirpation solcher Neoplasmen betrifft, die zu gross sind, um in situ durch direkte Cauterisation zerstört zu werden. Dahin gehören besonders Schleimpolypen, Fibrome, Sarcome, Enchondrome, Myxome (incl. Vascularmyxom), Carcinome und adenoide Vegetationen — d. h. alle Neoplasmen, welche so gelegen sind, dass sie in den Nasenwegen, dem Nasenrachenraum oder Pharynx erreichbar sind. Bei der zweiten Abtheilung ist die Anwendungsweise des Galvanocauters verschieden, je nachdem es sich um Krankheiten handelt, wo durch direkte Cauterisation das Gewebe unmittelbar zerstört werden soll, oder wo eine Eschara, ein Gegenreiz oder eine Alteration erwünscht ist. Intranasale Affectionen bilden das grösste Gebiet für diese Operationen. Am wichtigsten, weil am häufigsten anzutreffen, sind die sog. ungestielten Neoplasmen und die Hypertrophieen der Muscheln. LEFFERTS.

12) **Laryngologische und rhinologische Instrumente.**

Das Centralblatt für chirurgische und orthopädische Mechanik (Organ des Universal-Vereins der Verfertiger chirurgischer etc. Instrumente, Berlin, H. Heinecke) No. 7, Januar 1886, bringt die Abbildung und Beschreibung folgender laryngologisch-rhinologischer Instrumente:

1) Nasenmeissel zur Abtragung der sporn- und leistenförmigen Ecchondrosen und Deviationen des knorpeligen Septums von Dr. Schötz (Berlin). Modell: H. Windler (Berlin).

2) Universalgriff für Kehlkopf- etc. Instrumente von Dr. H. Krause (Berlin). Modell: H. Reim (Berlin) für Schlinge, Ringmesser und Pincette.

3) Fixationspincette für Nasenpolypen von Dr. Rud. Meyer-Hüni (Zürich). Modell: C. Walter (Basel).

4) Gefenstertes Messer für den Nasenrachenraum von Dr. J. Gottstein (Breslau). Modell: H. Härtel (Breslau) (cf. Centralbl. Jahrg. II., S. 320).

5) Instrument zur Einführung von Menthol-Bougies in die Nase von Dr. A. Rosenberg (Berlin). Modell: W. Tasch (Berlin).

6) Speculum für Nase, Ohr und Uterus von C. Walter (Basel). Wird vermittelst eines Schiebers geöffnet und geschlossen.

7) Galvanocaustischer Griff und Brenner mit Papier-Isolatoren von Dr. Rud. Meyer-Hüni (Zürich). Modell: C. Walter (Basel).

Nos. 1 und 2 sind an genannter Stelle zuerst publicirt. Nos. 4, 6 u. 8 waren in Strassburg bei der Naturforscher-Versammlung ausgestellt. B. FRAENKEL.

13) **Laryngologische und rhinologische Instrumente.**

In No. 8 des Centralblattes für chirurgische und orthopädische Mechanik 1886 sind folgende hier erwähnenswerthe Instrumente beschrieben und abgebildet:

1) Wirbelscheere von Dr. A. Wolff in Strassburg (Fabr. Ch. Steissgoth). Sie dient dazu, tiefliegende, dem Gesichtsfeld senkrecht liegende Gegenstände durchzutrennen (hintere Rachenwand).

2) Tonsillen-Hakenzange nach Dr. Lauenstein in Hamburg (Fabr.: C. W. Bolte Nachf., P. Weinberg). Die drei Haken sind ungleich lang, sodass die Zange abgeschrägt erscheint und nicht vom Messer getroffen wird.

3) Taschenthermocauter von C. Walther in Basel.

4) Glaszerstäuber für Nase, Mund, Rachen und Kehlkopf von Dr. Roller in Trier (Fabr.: Windler, Berlin). Das Ansatzrohr ist mit dem Arzneibehälter durch Gummischläuche beweglich verbunden.

5) Mundöffner nach Dr. Gronich von H. Reiner in Wien. B. FRAENKEL.

14) **V. Cozzolino** (Neapel). **Inhalationsinstrumente. (Nuovo inalatore nasale.)** *Archivii italiani di laryngologia. Fasc. 3 e 4. 1886.*

Zwei mittelst einer Feder unter sich verbundene Hohlcylinder, die in beide Nasenlöcher eingeführt werden. Im Innern befinden sich Schwämmchen oder Fliesspapier als Träger der verschiedenen Medicamente. C. hält es für unbestreitbar, dass dieser Apparat sich Bahn brechen und alle andern verdrängen werde. (Eine identische Vorrichtung ist von Feldbausch in No. 47 der Berliner klinischen Wochenschrift 1880 empfohlen worden, ist aber wegen der kleinen Verdunstungsoberfläche und wegen der irritirenden Wirkung der Röhrchen auf die Nasenschleimhaut wohl nirgends in Aufnahme gekommen und scheint so ziemlich in Vergessenheit gerathen zu sein. Ref.) KURZ.

15) **Clar** (Gleichenberg). **Ein einfacher Respirations-Apparat.** *Medicin. Jahrbücher. Heft 5. 1886.*

Es ist dies ein nach dem Glocken-Princip construirter Apparat, bei dem die Cylinder für verdünnte und verdichtete Luft ineinandergeschoben sind. Als Vorzüge hebt Clar hervor: den Betrieb durch ein Trittbrett, die Unmöglichkeit, die Räume für Ex- und Inspiration zu verwechseln, den grossen Fassungsraum (1 Hectoliter Luft) und die gleichmässige Wirksamkeit. Das Steigen der Glocke geschieht durch Einpressen von Luft in einen besonderen Raum derselben an ihrem untern Ende. Das Nähere ist im Originale nachzulesen. Instrumentenmacher Reiner in Wien liefert den Apparat. CHIARI.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Schmiegelow** (Kopenhagen). **Das Verhältniss der Reflexneurosen Krankheiten der Nase und des Schlundes gegenüber. (Reflexneurosernes Forhold til Sygdemme i Näsen og Svälget.)** *Nordisk medicinsk Archiv. Bd. XVII. No. 27.*

Die Arbeit ist der Abdruck eines Vortrages, den der Verfasser in der Medi-

cinischen Gesellschaft zu Kopenhagen schon am 31. März 1885 gehalten hat; die Publication aber ist durch Verhältnisse, deren er nicht Herr ist, sehr verspätet.

In der historischen Uebersicht wird mitgetheilt, dass schon Thomas Bartholin und Axmann Fälle von aus der Nase herrührenden Reflexneurosen beschrieben haben, ohne jedoch auf den näheren Zusammenhang speciell aufmerksam zu machen. Sch. theilt die Neurosen in die gewöhnlichen 3 Gruppen: motorische. sensitive und vasomotorische ein.

Unter 40 Fällen von Nasenpolypen hat der Verf. 9 Individuen mit Bronchialasthma beobachtet; von diesen wurden 8 durch die Entfernung der Polypen geheilt, 1 nur gebessert. Unter 51 Fällen von chronischem Nasenkatarrh wurde Asthma 5 Mal beobachtet, alle geheilt.

2 Mal wurde das Asthma in 50 Fällen von adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum angetroffen.

Unter 100 Kranken mit chron. Pharyngitis litten 6 an Asthma oder an einem Oppressionsgefühl, Symptome, die verschwanden, so bald der Katarrh geheilt wurde und die Schlundgranulationen destruirt waren.

Wie E. Fränkel hat der Verf. während der asthmatischen Anfälle eine Bronchiolitis exsudativa mit Vorhandensein von Curschmann'schen *Spiralen* im Sputum notirt.

Der Husten ist als Symptom 7 Mal bei 70 Kranken, die an chronischem Rachencatarrh und 5 Mal bei 40 Kranken, die an Nasenpolypen litten, vorgefunden. Nieskrämpfe bildeten ein charakteristisches Symptom bei 6 Fällen von chronischer Rhinitis.

Laryngospasmus (inspiratorische Suffocation) hatte Verf. einmal Gelegenheit bei einer Dame durch Heilung einer Pharyngitis zum Verschwinden zu bringen. Ein Fall von Aphonie, die bei einer Frau beobachtet wurde, wurde durch Destruction einiger Schlundgranulationen in den Seitenfurchen geheilt.

Uebrigens hat Verf. nach operativen Eingriffen im Pharynx (Cauterisationen, ein Mal die Entwickelung einer heftigen Torticollis, ein anderes Mal eine ödematöse Infiltration der Backen gesehen.

Nach seinen Erfahrungen ist der Verf. der Meinung, dass die Neurosen von allen Punkten der Schleimhaut der Nase und des Schlundes ausgehen können. Die Diagnose ist nur auf dem Wege der Exclusion möglich. Die Prognose *ist am* wenigsten gut für das Asthma. Die Behandlung muss sowohl local als generell sein. Eine die Frage illustrirende Casuistik schliesst die Arbeit ab.

AUTOREFERAT.

17) **P. Heymann. Ueber pathologische Zustände, die von der Nase ihre Entstehung finden können.** *Deutsche Medicinalzeitung. Heft 66. 1886.*

Nach ausführlicher Schilderung der ungünstigen Folgen der abnormen Erweiterung und Verengerung der Nase geht H. auf das eigentliche Thema über. Die nothwendige Vorbedingung zur Entstehung der Reflexneurosen ist eine nervöse Disposition; wenn es auch gelingt, durch Reizung einer gewissen Stelle mit der Sonde den betreffenden Reiz zu erzielen, und so die Diagnose zu sichern, so ist doch der Erfolg einer solchen Probereizung keineswegs constant, womit Referent völlig übereinstimmt; auch die Angabe von Schadewald und Wille,

dass man in jedem Falle durch Sondenberührung Husten erzeugen könne, konnte H. nicht durchweg bestätigen (Referent auch nicht). Bestimmte Zonen für den einen oder anderen Reflex können gleichfalls nicht angenommen werden. Der Erfolg der Behandlung ist oft vorübergehend, oft treten 3—4malige Recidive ein und soll man bedenken, dass die meisten Reflexneurosen auch noch andere als rein nasale Ursachen haben können.

H. empfiehlt ausser der Galvanokaustik Aetzungen mit Lapis, Chromsäure und rauchender Salpetersäure; die letztere wird am besten mittelst mit Lanolin eingefetteten Pinseln applicirt; die Bresgen'sche Methode der Chromsäureapplication mit Watte hat nach H.'s Erfahrungen keine Vortheile. Ausser den bisher officiell sanctionirten Reflexneurosen beobachtete H. einmal heftige Zahnschmerzen, die nach Exstirpation beweglicher Polypen verschwanden, ferner eine Parästhesie im Rachen-Oesophagus, die durch einmalige Cauterisation der geschwellten vordern Muschelenden geheilt wurde. Mit der Diagnose des „Reflexhustens" musste man sehr vorsichtig sein, da auch in den tiefen Theilen des Respirationstractus zahlreiche Ursachen für den Husten vorhanden sein können, welche dem Nachweise völlig entgehen. Von 53 Fällen von Asthma konnte H. 29 heilen, 14 bessern, 10 nicht heilen. Dem Wunsche und der Hoffnung des Verf., dass es in Zukunft gelingen möge, in das noch etwas regellose Gewirr der einzelnen Erscheinungen Ordnung zu bringen, kann sich Referent völlig anschliessen. Die jüngst von Böcker geübte Kritik und Skepsis ist entschieden sehr am Platze. SCHECH.

18) **Abraham Jacobi. Reflexsymptome bei Nasenleiden. (Reflex symptoms in nasal affections.)** *N.-Y. Med. Record. 30. Jan. 1886.*

Bei einer grossen Anzahl Fälle von chronischem Nasen- und Rachenkatarrh mit Schwellung der Lymphdrüsen findet man eine locale Chorea, d. h. man findet Augenblinzeln; Stirnrunzeln, horizontal und vertical; Aufziehen der Nase; Zuckungen in den verschiedensten Theilen des Gesichts; Achselzucken einseitig oder beiderseitig etc., verbunden mit Conjunctivitis, Rhinitis, Pharyngitis oder mit Drüsenschwellungen, mögen diese congenital oder erworben oder beides zugleich sein. In anderen Fällen von localer Chorea, welche zuweilen in allgemeine Chorea übergehen, findet man chronischen Nasencatarrh mit chronischer Pharyngitis, oder chronische Rhinitis ohne chronische Pharyngitis, oder das Gegentheil. In manchen Fällen ist der Ursprung der Krankheit schwer zu bestimmen. Häufig wird beim Studium dieser Fälle die Pharynxtonsille übersehen. LEFFERTS.

19) **Thomas A. Mc Bride und Simon Baruch. Reflexsymptome bei Nasenaffectionen. (Reflex symptoms in nasal affections.)** *N.-Y. Med. Record. 30. Jan. 1886.*

Bericht über einige Fälle. LEFFERTS.

20) **Kjellmann (Stockholm). Ueber den Zusammenhang gewisser Neurosen mit krankhaften Veränderungen der Nasenhöhle. (Om vissa neurosers sammenhang med sjukliga förändringar inom näs-kaviteten.)** *Hygiëa No. 1. p. 59. 1886.*

K. giebt eine Uebersicht über die bis jetzt von Anderen gemachten Erfahrungen in dieser Beziehung und theilt 6 hierher gehörende Fälle mit: Einen Fall

wo Nasenpolypen die nächtlichen Asthmaanfälle verursacht hatten. 5 Fälle von chronischer Rhinitis mit Hyperplasie der unteren Muscheln, durch deren galvanocaustische Behandlung verschiedene Neurosen (Asthma, Husten, Supraorbitalneuralgie, einseitige Kopfschmerzen) geheilt wurden. SCHMIEGELOW.

21) **Henry Schweig. Reflexsymptome bei Nasenerkrankung. (Reflex symptoms in nasal disease.)** *N.-Y. Med. Record. 30. Jan. 1886.*

S. giebt an, dass man, wenn man mittelst des Galvanocauters die abnorme Sensibilität der Nasenschleimhaut zerstören will, welche zu Reflexsymptomen Anlass giebt, nur dann Erfolg habe, wenn man das cavernöse Gewebe zerstört, jedoch nicht auf Kosten der secernirenden Oberfläche. Es soll ferner die Zerstörung lieber von innen nach aussen vorgenommen werden. „Wende nur schwache rothe Hitze an, stich das cavernöse Gewebe an und führe durch das kleine Loch das Instrument unter der Oberfläche umher und du wirst die besten Resultate erzielen.“ LEFFERTS.

22) **Henry Schweig. Reflexsymptome bei Nasenkrankheiten. (Reflex symptoms in nasal disease.)** *N.-Y. Med. Record. 20. Februar 1886.*

Die Nasenaffactionen, welche Reflexerscheinungen hervorrufen, sind unter vier Gruppen zu rubriciren: 1) Neoplasmen; 2) Deformitäten, congenitale wie acquirirte; 3) Verletzungen der Oberfläche; 4) Circulationsstörungen. Syphilis ist dabei nicht eingerechnet.

Die ersten drei Varietäten hielt man schon seit langer Zeit für fähig, Organe zu afficiren, die nicht unmittelbar mit der Respiration in Zusammenhang standen. Die vierte hat jedoch erst in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit erregt, die sie wegen ihrer grossen Bedeutung verdient. Es müsste ganz ausser Zweifel gestellt werden, ob die Circulationsstörung nur die Oberfläche betrifft — d. h. ob wir einen Fall von reiner und einfacher Rhinitis vor uns haben — oder ob die tiefer gelegenen Gebilde, oder vielleicht beide zusammen betheiligt sind. Die in der einen oder anderen Reihe von Fällen anzuwendenden Mittel sind in ihrer Wirkung wesentlich verschieden. Bei Irritationszuständen der Oberfläche ist die Schleimhaut roth, oft gespannt und relativ incompressibel. Die Schleimabsonderung ist im Allgemeinen verstärkt. Die Reflexerscheinungen, welche im Verlauf dieser Klasse von Fällen auftreten, sind nicht sehr zahlreich und ihr Zusammenhang mit dem Nasenleiden allgemein anerkannt. Störungen der tieferen Circulation können jedoch mit geringer oder gar keiner Veränderung der secretorischen Function der Schleimhaut verbunden sein; es finden sich dabei aber eine Reihe von Symptomen, die ebenso mannigfaltig, wie interessant sind. Zur Zerstörung der ganzen Schwellung von der Oberfläche nach innen wird gewöhnlich ein breiter, flacher galvanocaustischer Brenner angewandt. In dieser letzteren Klasse von Fällen verwirft der Autor diese Methode, da hierbei die Schwellung auf Kosten der secretorischen Function der Schleimhaut beseitigt wird, in dem Umfang, als die Cauterisation statthat. Er empfiehlt statt dessen die Anwendung eines dünnen, spitzen Platindrahts (in Verbindung mit einer galvanocaustischen Batterie), mit welchem man die verschiedenen Theile einer Neubildung allmählig zerstören kann, ohne dass die Eingangsstellen, welche man allgemein an der

Basis und vorn wählen sollte, wesentlich anschwellen. Neoplasmen, die auf diese Weise zerstört werden, collabiren in wenig Tagen und hinterlassen keine Spur ihrer früheren Existenz, abgesehen vielleicht von einem runden Narbenpunkt von Stecknadelkopfgrösse. Die Schleimhaut bleibt intact und secernirt, wie wenn gar keine Cauterisation stattgefunden hätte. LEFFERTS.

23) **Ziem. Ueber die Abhängigkeit der Migräne von Krankheiten der Nasenhöhle und der Kieferhöhle.** *Allgem. med. Centralzeitung. No. 35 u. 36. 1886.*

Nach Mittheilung von 6 hierhergehörigen Fällen bespricht Z. das Auftreten von Kopfschmerzen nach Ausspülung der Nebenhöhlen; zuweilen bekommen Kranke mit Kieferempyem sofort Erleichterung, wenn der Eiter in die Nase durchgetreten ist, was bei weiter Communicationsöffnung leichter und früher geschieht als bei enger; auch der Druck der Gase verursacht Kopfschmerzen. Die günstige Beeinflussung des Kopfschmerzes nach Extraction von Polypen oder galvanocaustischer Behandlung erklärt Z. 1) aus der Verbesserung des Luftwechsels in der Kieferhöhle nach Abschwellung der Nasenschleimhaut und besserem Durchtritt von Eiterflocken, 2) aus der grösseren Aspiration der Lunge und Entlastung der Nebenhöhlen, 3) aus dem durch den Blutverlust bei den erwähnten Operationen herbeigeführten Entleerung der Schleimhaut. SCHECH.

24) **Ottomar Rosenbach. Ueber die auf myopathischer Basis beruhende Form der Migräne.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 12 u. 13. 1886.*

In dem Artikel, in welchem R. eine neue myopathische Migräne beschreibt, kommt der Verf. mehrfach auf die von der Nase abhängige Migräne zu sprechen. Er erkennt deren Vorkommen an, wenn auch der erste Enthusiasmus ihre Häufigkeit überschätzt habe. Die Betastung des Kopfes bei der myopathischen Form ergiebt von der begleitenden Hauthyperästhesie wohl unterschiedene schmerzhafte Stellen oberhalb des Arcus superciliaris, oberhalb des Jochbogens, und an der Linia semicircularis super.; also entsprechend den Muskeln Frontalis, Occipitalis und Temporalis. In manchen Fällen finden sich Schmerzen über dem Sternocleidom. und dem Cucullaris. In diesen Schmerzregionen sucht R. zum Theil das differential-diagnostische Moment der myopathischen Form. Denn die nasale oder dentale Migräne zeigten deutliche Schmerzpunkte, namentlich einen Temporal-, einen Supraorbital- und einen Nasalpunkt (an der Verbindungsstelle des knöchernen und knorpeligen Theiles der Nase etwas lateralwärts vom Nasenrücken). Auch seien die Augensymptome bei der nasalen Form stärker ausgeprägt. Bei beginnendem Schnupfen curirte R. sich und Anderen die begleitende Migräne durch die mehrfach zu wiederholende Application von in $^1/_2$ bis 1 procent. Carbolsäurelösung getränkten Wattebäuschen, die in die Nase eingeführt und an die leicht aufzufindende sehmerzhafte Stelle angepresst werden. B. FRAENKEL.

25) **Harrison Allen** (Philadelphia). **Ueber den Zusammenhang zwischen dem Verschluss des Ductus lacrymalis und Nasencatarrh. (On the connection between obstruction of the lacrymal duct and nasal catarrh.)** *Philad. Med. News. 6. Febr. 1886.*

Verf. kommt nach seiner Untersuchung zahlreicher Fälle zu dem Schluss,

dass diese beiden Processe nicht selten vergesellschaftet sind. Der Ductus is: zwei Fällen nur verschlossen, nämlich beim chronischen Nasencatarrh, wo s: mucöse Infiltrationen und Atrophieen bestehen und in den Fällen, wo die Knoch wände der Nasenkammern von Osteitis oder Necrose ergriffen sind. LEFFERTS.

26) **Emil Gruening. Reflectorische Augensymptome bei Nasenaffectionen. (Re flex ocular symptoms in nasal affections.)** *N.-Y. Med. Record. 30. Jan. 18*

Die Reizung der Nasenschleimhaut ruft häufig Thränenträufeln und ande Augensymptome hervor; andererseits treten in Fällen von gewisser Reizbark der Augen Anfälle von Niesen auf, sobald man die Augen starkem Licht ausse Da wir wissen, dass Augensymptome mit Nasenaffectionen zusammentreffen, s können wir a priori schliessen, dass, wenn keine andere Ursache vorliegt, d ersteren durch die letzteren bedingt sind. Wenn ferner nach zweckmässiger L calbehandlung die Augensymptome noch fortbestehen, so können wir a posteri schliessen, dass sie von den Nasenaffectionen abhängig sind. In einfachen Fäl genügt oft die Instillation von Cocain in die Nase, um mit Sicherheit fest stellen, ob die Augenstörungen von Reizen in der Nase abhängig sind oder nic Denn wenn dadurch Besserung der Augensymptome erzielt wird, so können w daraus schliessen, dass letztere auf Processe in der Nase zurückzuführen si Unter den Symptomen, welche am häufigsten als reflectorische Augenstörung erwähnt werden, sind zu nennen: Brennende und schmerzhafte Sensationen i den Augen, besonders ausgesprochen am Morgen; Unfähigkeit, ein Object bei ei fachem Tageslicht zu fixiren; Reizung und Verklebung der Lider; starke Empfind lichkeit gegen Kälte und Wind; Thränenträufeln. Andere Charakteristica ware Unwirksamkeit der Augenbehandlung und Erfolg der Nasenbehandlung selbs trotz Fehlens von Nasensymptomen. LEFFERTS.

27) **Beverley Robinson. Reflectorische Augensymptome bei Nasenkrankheiten (Reflex ocular symptoms in nasal disease.)** *N.-Y. Med. Record. 3. April 18*

Bericht über einen erfolgreich behandelten Fall. LEFFERTS.

28) **Ziem. Ueber das Zusammentreffen von Trachom der Bindehaut mit Catarrh der Nasenschleimhaut.** *Allgem. med. Centralzeitung. No. 23. 1886.*

Z. wendet sich gegen Scheff, der behauptet, dass selbst Augenkrankheiten die Ursache chronischer Entzündung der Nasenschleimhaut sein könnten und meint, beide Schleimhäute könnten entweder nebeneinander erkranken durch eine gemeinsame Ursache und ohne dass die Erkrankung der einen von einer solchen der andern abhänge, oder dass die Erkrankung der Nase von einer Erkrankung der Bindehaut abhänge oder endlich, dass die Erkrankung der Bindehaut durch jene der Nase bedingt sei. Verdorbene schlechte Luft, wie z. B. in Casernen, könne gleichzeitig beide Schleimhäute krank machen; gegen ein Herabsteigen einer Conjunctivalblennorrhoe in den Thränensack und die Nase, spreche aber die Erfahrung, hingegen könne eine im Verlaufe einer durch Nasenerkrankung bedingten Thränenstauung catarrhalisch afficirte Bindehaut zur Aufnahme des in der Luft suspendirten Contagiums des Trachoms empfänglicher sein als eine gesunde. SCHECH.

29) **H. F. Hendrix. Beziehung der Augenkrankheiten zu denen der Nasenwege. (The relationship of diseases of the eye to those of the nasal passages.)** *St. Louis Med. u. Surg. Journ. Jan. 1886.*

Ein Bericht über zwei Fälle, welcher die in dem Titel aufgestellte These erhärten soll. LEFFERTS.

30) **T. Bobone** (San Remo). **Ein Fall von Nieskrampf. (Un caso di spasmo sternutatorio.)** *Bolletino delle malattie degli orecchi etc. No. 4. 1886.*

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Reflexneurosen der Nase beschreibt B. einen Fall von Nieskrampf, der insofern einer der seltensten seiner Art ist, als er die Patientin, ein Mädchen von 8 Jahren, zweimal in Lebensgefahr brachte. Dieselbe hatte während einer Pneumonie angefangen manchmal zu niesen. Nach Ablauf der Pneumonie steigerte sich das Niesen unter Abfluss von Thränen und abundanter wässriger Secretion der Nase. Die Anfälle von Niesen wurden so heftig, dass Pat. cyanotisch und bewusstlos ward, bis endlich der Krampf nachliess und sich wieder normale Respiration einstellte. Die Untersuchung ergab starke Hyperämie der ganzen Nasenschleimhaut und Schwellung der Schleimhaut der untern Muscheln, die beiderseits das Septum berührten. Unter Gebrauch von Brom, Chloral, Cocain etc. Heilung.

Es werden die bekannten Ansichten von Hack, B. Fränkel, Mackenzie und besonders Baratoux erörtert. Gegen letzteren macht B. geltend, dass in seinem Fall auch nach Aufhören der Nieskrämpfe ein ausgedehnter Contact zwischen Muscheln und Septum fortbestand, so dass also dieser allein die Reflexerscheinung nicht erklärt, sondern dass eine active Hyperämie damit verbunden sein muss. Er glaubt, dass die Bahn der Reflexreize sowohl im Trigeminus als im Sympathicus zu suchen sei.

Den Schluss bilden einige Worte über die Therapie dieser Zustände (Galvanocaustik, Cocain). KURZ.

31) **Ph. Schech. Klonische Krämpfe des weichen Gaumens mit objectivem Ohrgeräusch in Folge von nasaler Trigeminusneuralgie.** *Münchener medicinische Wochenschrift. No. 22. 1886.*

Der betreffende Patient, welcher im Alter von 6 Jahren eine Fractur des Nasenbeines erlitten hatte, erkrankte 14 Jahre später unter heftigen Schmerzen auf dem Rücken und in der Tiefe der Nase, und bot, als Referent denselben 1886 sah, das Bild eines mit schwerer doppelseitiger Trigeminus-neuralgie behafteten anämisch-kachectischen jungen Mannes. Die Neuralgie, die fast beständig andauerte, konnte von allen Austrittsstellen der Quintusäste, ferner auch vom Laryng. superior hervorgerufen werden, am intensivsten von der Nase aus; der N. ethmoidalis war offenbar am ersten und stärksten befallen. Untere Nasenmuscheln, sowie der obere Theil des Septums beträchtlich hypertrophirt, linkes hinteres unteres Muschelende die Choane verstopfend; nach Beseitigung der tumorartig die Rima olfactoria verlegenden Schleimhautpartien entdeckte man am Nasendach blossliegende Knochenpartien, so dass die Diagnose „Caries des Siebbeins“ feststand. Syphilis konnte ausgeschlossen werden, auch blieb das monatelang fortgebrauchte Jodcali gänzlich wirkungslos; am wahrscheinlichsten hängt

die Affection (Caries traumatica, tuberculöser Tumor?) mit der früheren Verletzung zusammen. Die Contractionen des weichen Gaumens erfolgten bald schneller bald langsamer 40—120mal in der Minute und waren, wie in allen bisher veröffentlichten Fällen verbunden mit einem knackenden durch wechselweises Abziehen und Sichnähern der Tubenwände während der Contraction des Levator und tensor veli verursachten Geräusche. Locale und Allgemeinbehandlung erwiesen sich völlig erfolglos. Die Details über Casuistik und Aetiologie der Gaumenkrämpfe sind im Original nachzusehen. AUTOREFERAT.

32) **Beverley Robinson. Respiratorische Neurosen nasalen Ursprung (vasomotorische Coryza; Asthma). (On respiratory neuroses of nasal origin. [vasomotor Coryza; Asthma]).** *New-York Med. Record. 30. Jan. 1886.*

Der Autor richtet in seinem Artikel die Aufmerksamkeit auf das Factum, dass Nasenkrankheiten Reflexleiden des Respirations-Alimentations- und Urogenitalapparates, sowie der Hautfläche hervorrufen können. Asthmatische Symptome können aber auch reflectorisch durch abnorme Zustände anderer Organe entstehen, so der Leber, des Magens, des Uterus und nach einigen Beobachtern selbst der Milz. Es ist daher in jedem Falle von Asthma nothwendig, eine gründliche Erforschung der Aetiologie vorzunehmen. Was die Nasenschleimhaut betrifft, so meint Dr. Robinson, dass es bisweilen wahrscheinlich Regionen besonderer Empfindlichkeit giebt; seine eigenen Beobachtungen lehrten ihn jedoch, dass diese nicht constant sind. Die Empfindlichkeit ist wahrscheinlich weniger umschrieben, sondern allgemeiner als man annimmt. Neben der Nasenaffection ist noch eine individuelle Disposition erforderlich, da es viele Fälle von Nasenerkrankung ohne Reflexerscheinungen giebt. Cocain erweist sich nicht immer als ein erfolgreiches Anaestheticum, besonders wenn es einige Zeit lang angewendet wurde. Denn während es anfangs die Congestion vermindert, steigert es später dieselbe.

LEFFERTS.

33) **Sir Andrew Clark** (London). **Einige Bemerkungen über die Theorie des Asthma bronchiale. (Some observations on the theory of bronchial asthma.)** *The international Journal of the Med. Sciences. Jan. 1886.*

Obige Abhandlung liefert einen sehr wichtigen Beitrag zur Theorie des Bronchialasthma's. Der Autor bespricht zunächst die Erscheinungen des Heufiebers, worunter er die Affection versteht, welche oft als nervöse Coryza bezeichnet wird. Hierauf wendet er sich zur Entstehung des Heuasthma's und entwickelt in sehr geschickter Weise die Ansicht, dass alle Fälle von Asthma wahrscheinlich ebenso durch eine plötzliche Schwellung der Bronchialschleimhaut bedingt sind, wie das Heufieber mit einer plötzlichen Schwellung der Nasenschleimhaut einhergeht. Es wäre ein Unrecht gegen den Autor, einen Auszug aus der Arbeit zu geben; denn man muss das Original lesen, um sich eine kritische Meinung über die Ansichten desselben zu bilden. Die ganze Arbeit besteht aus so schön in einander gefügten Gliedern, dass man das Ganze schädigen würde, wollte man ein einzelnes herausgreifen. McBRIDE.

34) **Lublinski. Asthma und Nasenleiden.** *Deutsche Medizinalzeitung. No. 41. 1886.*

Das im Vereine für innere Medicin erstattete Referat enthält im Wesentlichen die neueren Anschauungen über die Reflexneurosen. L. glaubt, dass von jedem Punkte der Nase aus die Erregung stattfinden könne und nicht nur von dem Schwellgewebe; ferner meint er, liesse sich die von Hack urgirte starke Füllung der Schwellkörper bei wenig oder gar nicht veränderter Schleimhaut anatomisch nicht von der Hyperplasie der Muscheln trennen, da nach Zuckerkandl das Schwellgewebe in der Schleimhaut selbst liege und dieselbe von ihrer periostalen Seite bis zur subepithelialen Schicht durchziehe. Zur Auffindung der „Reizstelle" empfiehlt er die methodische Cocainisirung, die zwar auch palliativ helfe, aber nicht als wirkliches Heilmittel angesehen werden dürfe. Er erzielte in 143 Fällen 27 Heilungen resp. 13 Besserungen; vollkommene Heilung in den schon mehrere Jahre bestehenden (53 pCt.) Fällen ist bei keinem Kranken eingetreten; oft bedarf es einer sorgfältigen localen und allgemeinen Nachbehandlung, auch muss man jedes schablonenhafte Handeln vermeiden und stets individualisiren.

SCHECH.

35) **Hack** (Freiburg i. B.). **Ueber Catarrhus autumnalis und Heufieber.** *Dtsch. Med. Wochenschrift. No 9. 1886.*

Morill Wymann unterscheidet zwei Formen des Heufiebers. Die eine, das „hay fever", erscheint von Mai bis Ende Juni, die andere, der „autumnal catarrh", unabhängig von der Grasblüthe in der zweiten Hälfte des August bis Ende September oder Anfang October. Wyman nimmt an, dass letztere Form lediglich in gewissen Theilen der vereinigten Staaten vorkomme, während andere Gegenden Amerika's und Europa von dieser Krankheit immun seien. Hack beschreibt nun einen Fall von autumnal catarrh, der bei einem 34 Jahre alten Professor, der immer in Deutschland gelebt hatte, seit 22 Jahren bestand. Unter fieberhaften Erscheinungen traten Nieskrämpfe, profuse wässerige Secretion der Nase, Bronchitis und nervöses Asthma jedesmal in der zweiten Hälfte des August auf. Nur in zwei Jahren blieb Pat. verschont, während er sich einmal in der Schweiz, das anderemal in Blankenese befand. Sonst bekam er seinen Catarrh auch auf Reisen. Er zeigte hochgradige Schwellung und Erregbarkeit der cavernösen Gebilde der unteren Muscheln. Um weitere Beweise dafür beizubringen, dass derartige Catarrhe nicht von den Pollen der Grasblüthe abzuhängen brauchten, führt H. zwei Fälle an, in denen sie im Winter auftraten. H. nimmt an, dass zur Hervorbringung derartiger Catarrhe neben dem Reiz ein empfänglicher Boden vorhanden sein müsse. Um letzteren zu erzeugen, dazu müssten einerseits Nervenenden, die dem Trigeminus oder Olfactorius angehörten, in ihrer Reizempfänglichkeit gesteigert sein, andererseits aber die nasalen Corpora cavernosa leichter schwellbar sein. Letzteres sei vielfach durch allgemeine Neurasthenie bedingt und desshalb könnten nervenstärkende Einflüsse Heilung bringen. Aber auch die locale Therapie verspräche Erfolg, wie H. zufällig bei einer Dame beobachtete, die er wegen Migräne von polypösen Wucherungen, sowie von stark entwickelten Schwellpartien befreit hatte und bei der er gleichzeitig Heufieber heilte. H. ersucht um Mittheilung von Beobachtungen über typischen Herbstcatarrh. B. FRAENKEL.

36) **John N. Mackenzie. Die Erzeugung des sog. „Rosencatarrhs" mittelst einer artificiellen Rose nebst Bemerkungen und historischen Notizen. (The production of the so-called „rose cold" by means an artificial rose with remarks and historical notes.)** *Intern. Journ. Med. Soc. Jan. 1886.*

Wir haben es hier mit einer gut geschriebenen und sehr werthvollen Arbeit zu thun, welche sowohl von der Gelehrsamkeit als auch von der mühsamen bibliographischen Forschung des Autors zeugt. Letztere wird denjenigen, welche in Zukunft über die frühere Geschichte der in Rede stehenden Affection schreiben werden, grosse Dienste leisten. — In dieser Arbeit beschreibt M. sehr eingehend einen Fall von sympathischer Rhinitis, in welchem bei einem, von diesem Leiden früher ganz freien, Menschen durch den Anblick einer artificiellen Rose allein die Symptome dieser Krankheit in wenigen Minuten mit aller Heftigkeit hervorgerufen wurden.

In den hierauf folgenden historischen Notizen finden sich einige Bemerkungen des Autors, welche unsere Aufmerksamkeit erregen. Einmal deuten sie darauf hin, dass die verschieden benannten Affectionen wie Rosencatarrh, Heufieber, Junicatarrh etc. identisch seien. Dann erneuern sie seine Ansicht, dass der behauptete Einfluss der Pollenkörner von geringer Bedeutung für die Erzeugung der Paroxysmen sei.

Er sagt: Rousseau hat den Geruch sehr passend als den Sinn der Einbildung bezeichnet, und wenn wir überlegen, wie eng verwandt er mit den Eindrücken ist, welche die Aussendinge auf uns ausüben, wie er unsere Gemüthsbewegungen afficirt und unser Urtheil beeinflusst, so müssen wir die gewandte Definition des französischen Philosophen als eine sehr treffende und glückliche bezeichnen.

Wir müssen anerkennen, dass eine wichtige Beziehnung zwischen Geruch und Einbildungskraft besteht, und dass er häufig das Bindeglied zwischen verwandten Ideen abgiebt. Wenn aber auch der obige Fall das psychische Element für die Erzeugung des Paroxysmus hervortreten lässt, so dürfen wir dennoch nicht die Affection als eine Krankheit der Einbildung ansehen, als ein rein psychisches Phänomen, welches einzig und allein auf eine Störung der geistigen Fähigkeit zurückzuführen wäre.

Die wichtige Lehre, welche das Studium dieses besonderen Falles (d. h. soweit das psychische Moment dabei in Frage kommt) uns giebt, ist die, dass sie uns das Factum vor die Augen führt, dass die Ideenassoication bisweilen eine wichtigere Rolle bei der Erzeugung der Paroxysmen der vasomotorichen Coryza spielt, als die angeblich eigenthümliche Besonderheit der Pollenkörner.

LEFFERTS.

37) **Frank H. Bosworth. Heufieber, Asthma und verwandte Affectionen. (Hay fever, Asthma and allied affections.)** *New-York Med. Journal. 1. Mai 1886.*

Der Hauptzweck der Arbeit ist der, den Einfluss des verminderten Luftdrucks, wie er durch Nasenstenose bedingt wird, auf die Schleimhaut der Luftwege oberhalb der Stenose hervorzuheben. Derselbe führt zur Dilatation der Blutgefässe und zur Schwächung der vasomotorischen Hemmungsvorrichtungen und giebt dadurch Anlass zu den Anfällen von „Heufieber" in den Nasenhöhlen und von spasmodischem Asthma in den Bronchien. Bosworth meint, es muss ein localer

Process vorhanden sein, welcher zur Schwellung der Blutgefässe mit Verengerung der Luftwege führt. Er ist geneigt, in der Nasenstenose das wirksamste Moment hierfür zu suchen. Der Mechanismus des Vorgangs ist leicht zu erklären. Wenn durch irgend eine Ursache der vordere Theil der Nasenhöhle verengt wird (und grade dieser Theil der Nasenhöhle wird stets verengt durch irgendwelche Schwellung der Blutgefässe, wobei es gleichgültig ist, wie wenig die Schwellung das Lumen der Luftwege beeinträchtigt), so ist es leicht einzusehen, dass bei jedem Inspirationsact die Luft unmittelbar hinter der verengten Stelle verdünnt wird. Der atmosphärische Druck wird dadurch hinter der Stenose vermindert.

Hieraus erklärt es sich, wie die continuirliche Einwirkung relativ unbedeutender Ursachen zu sichtbaren krankhaften Veränderungen führt. Wenn nämlich dies eine Zeit lang so fortgeht, wenn der eintretende Luftstrom einen Widerstand oder vollständigen Verschluss findet und dadurch die Luft hinter der Stenose verdünnt wird, so zeigt die Schleimhaut sehr schnell die Tendenz, abwärts zu sinken oder in die Nasenhöhle sich einzustülpen. Diese Aufblähung der Schleimhaut wird von einer Dilatation der Blutgefässe, namentlich der des Muschelgewebes begleitet.

Tritt nun hierzu noch ein sogen. nervöser Habitus hinzu, so haben wir alle Elemente, welche den Ausbruch eines Anfalls von Heufieber begünstigen, sobald der geeignete Pollen auf die Schleimhaut einwirkt.

Worin der krankhafte Process, welchen wir Neurosen nennen, eigentlich besteht, das hat bis jetzt Keiner aufgeklärt. Wenn aber die klinischen Thatsachen etwas lehren, so ist es dies, dass in einer grossen Reihe von Fällen von neurotischem Habitus die Läsion in einer Schwächung der vasomotorischen Hemmungsorgane gelegen ist. Diese Schwächung zeigt sich in jedem Körpertheil, der von irgend welchen Ursachen betroffen wird. Wenn des Verfassers Ansicht vom Heufieber correct ist, so ist die specielle Tendenz der Nasenschleimhaut zur Entwicklung dieses Mangels oder dieser Schwäche des vasomotorischen Hemmungssystems in dem Umstand begründet, dass die Muskelfasern, welche das Lumen der Blutgefässe verengen, eben durch den Austrocknungsprocess, welchen wir früher angedeutet haben, geschwächt sind.

Was die Rolle betrifft, welche der Pollen spielt, so ist kein Factum in der medicinischen Wissenschaft sicherer festgestellt, als dass bei gewissen Personen der Pollen des Jacobskrauts z. B. einen Ausfall von Heufieber hervorruft. Wie dieser Anfall zu Stande kommt, ist nicht leicht zu erklären. Trifft er die Schleimhaut der Nasenhöhle, so erzeugt er eine Paralyse der Muskelfasern der Blutgefässe bei gewissen Individuen, welche hierfür empfänglich sind, und deren Blutgefässe bereits durch irgend einen krankhaften Process der Nasenschleimhaut geschwächt sind.

LEFFERTS.

38) **Beschorner** (Dresden). **Ueber Heufieber und dessen Behandlung.** Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 1885—1886.

Verf. giebt im Hinblick auf die Thatsache, dass das Heufieber früher in Deutschland eine sehr seltene Affection, jetzt ziemlich häufig geworden ist, eine sehr sorgfältige historische, ätiologische und klinisch-therapeutische Darstellung

dieses Leidens. Andeutungen von Rosenfieber, das ja mit Heufieber in engster Beziehung steht, geben schon Batallus 1595, von Helmont. Nach Bostock (1819) wurde die Affection auch Bostock'sche Krankheit genannt; es giebt ungefähr ein halb Hundert Bezeichnungen und Synonyma für das Heufieber, die im Original nachzulesen sind. Epochemachend waren in ätiologischer Beziehung die Arbeiten von Blackley (1873), der durch äusserst sorgfältige und sinnreiche Versuche nachwies, dass die Pollen gewisser Pflanzen, namentlich der Graminaceen die Krankheit hervorriefen und der deshalb die Affection Pollenfieber nannte. Beard, welche schon 1876 ein sehr bedeutendes Gewicht auf die allgemeine Nervosität legte, sagte, nicht das Heu, sondern die Hitze und der Staub seien die eigentlichen Excitantien. Der auch von Morell Mackenzie vertheidigten Pollentheorie gegenüber steht die von vielen Neueren besonders aber von Daly und John Mackenzie ausgesprochene Ansicht, dass die bisher als Heufieber bezeichnete Krankheit eine Vereinigung gewisser hervorragender und häufig auftretender Symptome sei und eine besondere Form von Nasenentzündung, die Rhinitis sympathica, vorstelle, zu deren Zustandekommen gewisse Veränderungen des Naseninnern nöthig seien.

Verf. nimmt nun einen vermittelnden Standpunkt ein, der auch nach des Referenten Erfahrung der einzig richtige ist. Dass die Pollen gewisser Pflanzen durch ihre Structur, ihre mechanische und chemische Eigenschaften, jene vasomotorische Neurose, die man bislang als Heufieber bezeichnete, in der That hervorrufen, ist absolut nicht zu leugnen; dasselbe thun aber auch anderweitige Reize, welche die Nase, namentlich eine kranke treffen, Gerüche der verschiedensten Art, Staub etc.; alle diese Reize setzen aber noch eine gewisse Disposition oder Idiosyncrasie oder nasale Neurasthenie voraus, ohne diese bleiben sie wirkungslos, äusserst häufig treffen die obenerwähnten Reize eine schon vorher kranke Nasenschleimhaut. Die Therapie hat sich die Aufgabe zu stellen, nicht nur die kranke Schleimhaut zur Norm zurückzuführen, sondern auch die allgemeine Prädisposition resp. die idiosyncrasische Disposition zu bekämpfen, die bestehende Krankheit durch Verminderung von Schädlichkeiten zu beseitigen und die einzelnen, insbesondere asthmatischen Anfälle zu mildern und abzukürzen. In ersterer Beziehung ist die Galvanocaustik — aber nicht ein planloses Herumbrennen — am empfehlenswerthesten; die nervöse Disposition bekämpft man mit Tonicis, Seebädern, Kaltwassercuren, diätetischen und Luftcuren, Abhärtung gegen äussere Einflüsse, Stärkung der Herzthätigkeit; innerlich gebe man Eisen, Chinin, Arsen, Nux vomica, Zinc. valer, Asa foetida etc. Prophylactisch empfiehlt sich der Aufenthalt auf hoher See, auf sterilen Inseln, in Städten, eventuell im Zimmer; die Nase muss während der Grasblüthe verstopft und eine enganliegende Schutzbrille getragen werden. Zur Linderung der Beschwerden und asthmatischen Anfälle empfehlen sich Einathmungen von Campherdämpfen oder von Dämpfen aus Bals. Per. 20,0, Chlorof. Spir. vin. ana 5,0 (ein Theelöffel in einem halben Liter kochenden Wassers zum Einathmen). Riechen an caust. Ammoniak mit Spiritus und Carbol; Bepinselungen der Nasenschleimhaut mit Cocain; bei Husten Pastillen aus 0,01 Cocain und 0,005 Morphium, bei Asthma, Morphium und Cocain salicylicum subcutan. In Bezug auf die Details muss auf das mit grösstem Fleisse und bedeutender Sachkenntniss gearbeitete Original verwiesen werden. SCHECH.

39) **J. C. Mulhall. Neuere Fortschritte in der Behandlung des Heufiebers. (Recent progress in the treatment of Hay fever.)** *St. Louis Courier of med. Febr. 1886.*

Der Autor ist der Ansicht, dass wir über den primären pathologischen Sitz des Heufiebers noch vollständig im Unklaren sind. Wenn wir jetzt bei der Behandlung gewisser Fälle von Heufieber Erfolg haben, so kommt dies daher, dass wir durch Zerstörung peripherer Theile die von der Nase ausgehenden Reflexacte unmöglich machen: Er wendet den Galvanocauter an und berichtet über sechs günstig verlaufene Fälle. LEFFERTS.

40) **J. E. Shadle. Cocain und Heufieber. (Cocaine and hay fever.)** *Philad. Med. und Surg. Rep. 30. Jan. 1886.*

Bericht über einen einzelnen behandelten Fall. LEFFERTS.

41) **Seth S. Bishop. Cocain gegen Heufieber. (Cocaine in Hay fever.)** *Journ. Am. med. assoc. 6. Febr. 1886.*

Die Behandlung der Krankheit kann nur eine prophylactische und palliative sein; ein Heilmittel ist bisher nicht entdeckt worden, so sagt der Autor. Gewichtige Erfolge erzielte der Gebrauch des Cocain in den Nasenhöhlen. Es ist jedoch kein Heilmittel, sondern wirkt in einigen Fällen palliativ in zauberhafter Weise. Die neue chirurgische Behandlung der Krankheit — bestehend in Cauterisation der sensitiven Zonen — ist noch zu jung, um bedeutende Resultate erzielt zu haben. Der Autor warnt hierbei die Patienten vor den möglichen Folgen. Denn diese letztere Behandlung kann die Anfälle des echten Asthmas beschleunigen. LEFFERTS.

42) **E. Fletcher Ingals. Cocain gegen Heufieber. (Cocaine in Hay fever.)** *Journ. Amer. med. assoi. 20. Febr. 1886.*

Der Autor erklärt, dass der fortgesetzte Gebrauch des Mittels den Patienten zu immer grösseren Dosen zwingt, wenn er Linderung haben will. Zuletzt bewirkt die constante Reizung der sympathischen Nerven der Nase eine Parese mit nachfolgender Schwellung der Nasenmuscheln, die schliesslich einen Verschluss der Nase herbeiführen kann.

Er ist der Ansicht, dass nur die chirurgische Behandlung (Cauterisation) eine Heilung erzielen kann und dass wir auf eine solche bei neun auf zehn Fälle rechnen können. LEFFERTS.

43) **Ziem. 1) Ueber Anwendung des Menthol bei Nasenkrankheiten; 2) Replik auf die Entgegnung des Herrn Dr. Rosenberg etc.** *Allg. med. Centralzeitung. No. 15 und 21. 1886.*

Verf. bespöttelt die Anwendung von Cocain, Menthol, zur Beseitigung der Nasenschwellungen als eine primitive Art der Behandlung, damit erziele man nur Augenblickseffecte, man müsse vielmehr die Ursachen der Verschwellung klarlegen und beseitigen.

In der Replik, die nur für die Betheiligten Interesse hat, giebt Verf. zu, dass er das oben Gesagte mit minderer Schärfe und weniger drastisch hätte sagen können SCHECH.

## c. Mundrachenhöhle.

44) **John Winslow. Abnorme Beweglichkeit der Zunge. Schwellung der Uvula. (Abnormal motility of tongue-Enlarged uvula.)** *New-York Med. Record. 16. Jan. 1886.*

Ein Patient befand sich in grosser Missstimmung, seitdem er entdeckt hatte, dass er auf jeder Seite des Halses hinter dem Gaumen ein Loch habe. Auf eine Anfrage erwiderte er, dass er die Oeffnungen mit seiner Zunge gefühlt habe, und brachte auch sofort seine Zungenspitze in die Eingänge der beiden Tubae Eustachii. Es wurde dies dadurch bewiesen, dass wenn man einen Catheter einführte, er denselben mit der Zunge fühlen und dislociren konnte.

In einem zweiten Falle zeigte ein Patient eine Uvula, die nahezu 12 Ctm. lang war und deren knollige Spitze eine Breite von über 2 Ctm. hatte. LEFFERTS.

45) **Billroth** (Wien). **Zungengeschwüre.** Klinische Vorlesung. *Wien. med. Zeitung. No. 9. 1886.*

Gelegentlich der Vorstellung eines Mannes mit Zungentuberculose bespricht B. die verschiedenen Geschwürsformen, ihre Diagnose und Behandlung. Es kommen in Betracht Excoriationen, Soor, Aphthen, Diphtheritis, Psoriasis (wahrscheinlich in Folge von Lues und Tabakmissbrauch entstehend), weicher Schanker, Condylome, Geschwüre durch dauernden mechanischen Reiz, Tuberculose (entweder bei vorgeschrittener allgemeiner Tuberculose oder als erste Localisation), Actinomycosis, kalte Abscesse, Carcinom und Gummata. Das Carcinom tritt entweder zuerst als Excoriation oder gleich als Knoten auf. Namentlich die Unterscheidung der letzteren Form von dem gummösen Infiltrate ist schwierig und oft nur durch eingeleitete Jodkaliumtherapie möglich.

Bei tuberculösen Geschwüren kräftiger Individuen räth B. die Excision an, bei herabgekommenen Kranken aber lässt er Jodtinctur einpinseln. CHIARI.

46) **Erlenmayer. Zungenkrampf.** *Centralblatt für Nervenkrankheiten. IX. 5. 1886.*

Bei einem 31 jährigen anämischen Manne wurde die Zunge in mehrere Stunden anhaltenden Anfällen plötzlich nach hinten gezogen und dann kräftig nach vorne gestossen; bei sehr grosser Intensität der Anfälle traten auch auf der rechten Gesichtshälfte Zuckungen ein. Heilung nach Brom und Eisen. SCHECH.

47) **Bernhardt. Ueber idiopathische Zungenkrämpfe.** *Centralblatt für Nervenheilkunde etc. No. 11. 1886.*

Bei einem durch Excesse in Venere et Baccho geschwächten Kellner traten stundenlang anhaltende Krämpfe der Zunge auf mit Aufbäumen derselben gegen den Gaumen und dem Gefühle von Spannung am Zungenbein und Kehlkopf; niemals stellten sich die Anfälle beim Sprechen oder Essen ein. SCHECH.

48) **Schwimmer** (Budapest). **Beiträge zur Glossopathologie.** *Wien. med. Wochenschrift. No. 8, 9. 10. 1886.*

Zunächst bespricht Sch. die Zungenfissuren, welche bei Leukoplakie auftreten. Er versuchte dagegen alle neuerdings empfohlenen Mittel, doch mit wechselndem Erfolge. Bei blosser Verfärbung des Epithels ohne Verdickung

leisteten ihm Natronlösungen und ½—1procent. Sublimatsolutionen gute Dienste. Bei Verdickungen und Einrissen Chromsäure (1—4pCt.), Sublimat und Jodoform-Aetherspray, starke Lösungen von Argent. nitr. besserten zwar die Schmerzen und das Aussehen der Zunge, wurden aber auf die Dauer nicht vertragen. Concentrirte Milchsäure scheint noch am besten auf die verdickten Epithelien zu wirken. Den Thermocauter und scharfen Löffel will Sch. nur für Neubildungen reservirt wissen.

Dagegen sah Sch. von Bepinselungen mit 5—10proc. Lösungen von Papayotin in Wasser und Glycerin eine schmerzstillende und die Ueberhäutung befördernde Wirkung auf die epithelfreien, schmerzhaften Stellen der Schleimhaut; nach Sch. löst das Papayotin die morschen Gewebselemente auf und ermöglicht eben Bildung frischer Epithelien. Einmal wirkte es auch sehr günstig bei Zungentuberculose.

Reine Glossodynie (ohne Exfoliation, Psoriasis, Papillom oder schmerzhafte Punkte) sah. Sch. ca. 28 Mal und zwar meist bei Männern, und konnte öfters einen Zusammenhang mit allgemeinen Leiden, als Rheuma, Gicht etc. constatiren. Die Behandlung hat diese Leiden in's Auge zu fassen oder bei ihrem Fehlen Brom, Chloral, Chinin etc. anzuwenden. Für die locale Behandlung fehlt jede Indication. CHIARI.

49) **Bellanger** (Clinique von Prof. Thiry; Hospital Saint-Pierre). **Harter Schanker der Zunge, gefolgt von Syphilis. — Uebertragung eines phagedänischen Schankers auf den Hals. — Schankerbubo unterhalb des Winkels des linken Unterkieferastes. (Chancre induré à la langue. — Syphilis consécutive. — Transmission d'un Chancre phagédénique à la gorge. — Bubon Chancreux sous l'angle de la branche gauche du maxillaire inférieur.)** *La Presse médicale Belge. No. 52. 1885 et No. 2. 1886.*

Der Titel giebt das Wissenswerthe wieder. Nichts Neues. BAYER.

50) **Grant. Ein Fall von Totalexcision der Zunge wegen Epithelioms im triangul. digastr. mit vorhergehender Laryngotomie. (Case of total excision of tongue for epithelioma through the digastric triangle with preliminary laryngotomy.)** *Edinburgh Medical Journal. Mai 1886.*

Der Titel bezeichnet zugleich den ganzen Inhalt. M'BRIDE.

51) **Grand. Zungenepithelioma; Exstirpation; Tod. (Epithélioma de la langue; ablation; mort.)** *Journal des scienc. méd. No. 6. 20. März 1886.*

Der Fall betraf einen 71jährigen Mann, Raucher und mit einem scharfen Zahnstumpf versehen, der die Zunge ulcerirt hatte. Seit Langem hatte er auch an Psoriasis linguae gelitten. Drüsen wenig infiltrirt. Operation mit Hülfe des Thermocauters. Neun Tage darauf Tod unter entzündlichen Erscheinungen des ganzen Respirationstractus. E. J. MOURE.

52) **Gussenbauer** (Prag). **Demonstration eines Falles von Carcinoma linguae.** Verein der deutschen Aerzte in Prag. Sitzung vom 26. Februar 1886. *Prag. med. Wochenschrift. No. 9. 1886.*

Exstirpation mit nachfolgender Naht; Heilung per primam intentionem. Dasselbe Resultat wurde nach Entfernung der regionären Lymphdrüsen erzielt.

CHIARI.

53) **Jordan Lloyd** (Birmingham). **Zungenexstirpation nach Kocher's Methode. (Removal of tongue by Kocher's method.)** *Brit. Med. Journal. 2. Januar 1886.*

Lloyd zeigte vor der Midland Med. Soc. am 9. December 1885 die epitheliomatöse Zunge und Lymphdrüsen eines Mannes, die er nach der Kocher'schen Methode nach vorhergehender Ligatur der Zungenwurzel in zwei Hälften entfernt hatte. Die Operation war de facto blutlos. Der Patient starb am 10. Tage an Erschöpfung. SEMON.

54) **Morison. Zungenepitheliom. (Epithelioma of tongue.)** *Brit. Med. Journal. 2. Januar 1886.*

Demonstration eines 64jährigen Patienten, dem 4 Jahre früher wegen Epithelioms $2^1/_2$ Zoll des Unterkiefers, der Mundboden und die vordere Zungenhälfte entfernt worden waren. Der Patient war schnell genesen und hatte leidlichen Gebrauch des Unterkiefers und der Sprache. SEMON.

55) **Graverry. Epitheliom des Mundes. (Epithélioma de la bouche.)** *Société anatomique de Paris. 23. April 1886.*

Vorzeigen der anatomischen Präparate von einem 75jährigen Manne, der am 14. April operirt worden war und am 20. April an lobulärer Pneumonie mit gangränösem Herde gestorben war. E. J. MOURE.

56) **Monod** (Paris). **Exstirpation des Unterkiefers wegen Zungenkrebs. (Ablation du maxillaire inférieur pour un cancer de la langue.)** *Société de chirurgie de Paris. 17. Februar 1886.*

Vorstellung des operirten Falles. — Dank der vorausgeschickten Tracheotomie und der Ernährung durch die Nasen-Oesophagussonde konnte die Wunde im Munde mitttelst Jodoformgaze aseptisch gehalten werden.

Der Vorstellung der Kranken folgt eine Discussion über den Werth der den Operationen im Munde vorausgeschickten Tracheotomie. E. J. MOURE.

57) **Eve** (London). **Zwei Fälle von Sarcom der Zunge. (Two cases of sarcoma of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 9. Januar 1886.*

Demonstration der Präparate vor der Pathological Society of London am 5. Januar 1886. Der Vortragende betonte die grosse Seltenheit von Sarcomen der Zunge. Die genauere Beschreibung der histologischen Eigenthümlichkeiten beider Fälle muss in den Transactions der Gesellschaft nachgelesen werden. SEMON.

58) **Trélat** (Paris). **Drei Fälle von Perforation des Gaumensegels verschiedenen Ursprungs. (Trois cas de perforation du voile du palais d'origine différente.)** *Gaz. des hôpitaux. 27. Februar 1886.*

Die erste Perforation soll rein scrophulöser Natur sein.

Der zweite Fall scheint syphilitischen Ursprungs zu sein, desgleichen der dritte Fall.

In allen drei Fällen bestanden Störungen der Articulation der Sprache.

In den beiden ersten recenteren Fällen glaubt T. von jedem chirurgischen Eingriff zur Beseitigung der Perforation abstehen zu sollen. Im dritten Falle älteren Datums mit vernarbten Perforationsrändern wurde mit Erfolg die Staphylorraphie ausgeführt. E. J. MOURE.

59) **Schleicher** (Antwerpen). **Primärer Lupus des Pharynx. (Malade atteint de lupus pharyngien primitif présenté à la Société de Médecine d'Anvers.)** *Annales de la Société de Médecine d'Anvers. Février 1886.*

Auf der rechten Seite des Pharynx treten straffe Narbenstänge zu Tage, während Knötchen und serpiginöse Geschwüre im „Zahnfleischblindsack" derselben Seite sitzen. Ein wenig vorspringender Tumor hat sich an der Zungenbasis entwickelt, und eine beginnende Verschwärung am linken Aryknorpel. Patient ist ein Maschinist, lymphatisch und 30 Jahre alt. Die Affection hat vor einem Jahre an der rechten Mandel angefangen. Nachdem Jodoform, Arg. nitr. und Jodtinctur äusserlich ohne Resultat angewandt worden, wird jetzt die Galvanocaustik benutzt.

BAYER.

60) **F. Whitehall Hinkel. Bericht über einen Fall von tuberculöser Ulceration des Pharynx. (Report of a case of tubercular ulceration of the pharynx.)** *Med. Press of Western New-York. Mai 1886.*

Die Arbeit beginnt mit einer allgemeinen Besprechung des Gegenstandes, an welche sich die Details eines Falles schliessen, dessen Ulceration gewisse ungewöhnliche Erscheinungen darbot. Sie erstreckte sich über die vorderen und hinteren Gaumenbögen und die Tonsillen beiderseits, ein klein wenig an der rechten Wangenschleimhaut und an dem freien Rande des weichen Gaumens bis nahe an die Uvula. Nach unten und hinten erreichte sie die Seitenwände des Pharynx, den seitlichen Nasenrachenraum, die nasale Seite des weichen Gaumens, unterhalb desselben bis hinter die Zungenwurzel sich verbreitend.

Syphilis war mit Sicherheit auszuschliessen. Die Behandlung war von geringem oder gar keinem Nutzen. Jodoform, Morphium und Cocain wurden angewandt. Patient starb an Erschöpfung mit einem grossen Geschwür, welches alle Theile hinter den vorderen Gaumenbögen ergriffen hatte und vorgeschrittener Lungenphthise.

LEFFERTS.

61) **Potain** (Paris). **Tuberculose der Lunge, des Pharynx und des Larynx. (Tuberculose du poumon, du pharynx et du larynx.)** *Gazette des hôpitaux. No. 42. 8. April 1886.*

Es wird die Krankengeschichte einer Tabakfabriks-Arbeiterin mitgetheilt. Die Kranke zeigte vor 6 Monaten die Symptome einer beginnenden Tuberculose der Lunge, zu der sich nun Ulcerationen im Pharynx gesellt haben. Die Diagnose Larynxtuberculose wurde einfach daraufhin gestellt, dass die Kranke heiser und der Kehlkopf bei Druck empfindlich war. Laryngoscopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. Es bestanden auch noch epileptische Anfälle und Anzeichen von Nicotinvergiftung.

E. J. MOURE.

## d. Diphtheritis und Croup.

62) **Erwin F. Smith. Einfluss der Canalisation und Wasserversorgung auf die Mortalität in den Städten. (Influence of sewerage and water supply on the death-rate in cities.)** *Report Michigan State Board of health. 1885.*

Dr. Smith stellt über die Beziehung der Diphtherie zur Canalisation folgende Sätze auf:

1. Diphtherie kommt ebenso oft auf dem Lande, wie in den Städten vor, d. h. in nichtkanalisirten und kanalisirten Districten.

2. Die Diphtherie trat häufiger und perniciöser in gewissen ländlichen Districten als in irgend einer Stadt auf.

3. Die Diphtherie ist weder häufiger noch tödtlicher in canalisirten Städten, als in nichtcanalisirten.

4. In zwei beliebigen Städten, die gleich gut oder gleich schlecht canalisirt sind, kann die Diphtherie während vieler Jahre sehr verschiedenartig auftreten.

5. Gewisse Städte hatten niemals ernstlich von der Diphtherie zu leiden, während andere in den letzten Jahren (d. h. seitdem die Häuser gegen die Canalgase geschützt wurden) mehr heimgesucht wurden als früher, wo zwar dieselben Canäle bestanden, aber die Canalgase in Folge von weniger vollkommener Verlöthung, Ausspülung und Ventilation zu den meisten Häusern Zutritt hatten.

6. Tritt die Diphtherie epidemisch auf, so leiden die canalisirten und nichtcanalisirten Gebiete der Stadt in gleicher Weise.

7. Es besteht keine Beziehung oder Abhängigkeitsverhältniss zwischen der Diphtherie und dem sanitären Zustande einer Stadt etwa der Art, wie beim Typhus, wo wir mit absoluter Sicherheit die Mortalität des Typhus voraussagen können, sobald wir die sanitären Verhältnisse der Stadt kennen, oder umgekehrt von der Typhusmortalität auf die sanitären Zustände der Stadt schliessen können.

8. Die jährliche Mortalität der Diphtherie schwankt sehr, selbst in den Städten, wo die sanitären Verhältnisse fast constant sind.

9. Die Diphtherie ist eine Krankheit der kalten Witterung, besonders heftig auftretend, wenn die Zersetzung in den Canälen aller Wahrscheinlichkeit nach sehr gering ist.

10. Die Diphtherie ist eine contagiöse Krankheit, von Person zu Person, von Ort zu Ort übertragbar, wie Pocken und Scharlach.

11. Das Schliessen der Schulen und anderer öffentlicher Versammlungsorte hemmt die Epidemie; die Isolirung der Kranken von den Gesunden mit nachfolgender sorgfältiger Desinfection der Krankenzimmer und deren Inhalt bringt die Krankheit zum Erlöschen.

12. Die Daten, welche einen Zusammenhang zwischen Canalisation und Diphtherie beweisen sollen, umfassen entweder eine zu kurze Zeit, um glaubwürdig zu sein, oder sie sind von einzelnen Städten hergeleitet, die eine unvollkommene oder mangelhafte Desinfection haben.

Wenn diese Sätze wahr sind, so ergeben sie die nothwendige Schlussfolgerung, dass kein directer Zusammenhang zwischen Canalisation und Diphtherie besteht.

Diese Schlüsse stützen sich auf die Lebensstatistik einer grossen Anzahl europäischer und amerikanischer Städte und Districte.

Sie stehen nicht im Widerspruch mit irgend welchen festgestellten Ansichten über die Aetiologie der Diphtherie. Einzelne haben wohl Fälle berichtet, die von den Canalgasen ihren Ausgang genommen zu haben scheinen. Die sorgfältigen Beobachter sehen jedoch in dem Canalgas nur ein prädisponirendes Moment.

LEFFERTS.

63) **G. F. Masterman** (Stourport). **Ein Beitrag zur Aetiologie der Diphtheritis. (A contribution to the etiology of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 23. Jan. 1886.*

Die theoretischen Ausführungen des Verfassers gründen sich auf einen wahrhaft erschütternden Fall, den er im Eingang seines Artikels mittheilt. Er hatte eine Primipara zu entbinden in dem Augenblicke, als sie an Kehlkopfdiphtheritis zu Grunde ging, und musste, um das Leben der Mutter noch so lange, d. h. einige wenige Minuten zu erhalten, bis die Entwicklung des Kindes vorgenommen vorgenommen werden konnte, die Entbindung selbst unterbrechen, um die Mutter zu tracheotomiren! — Der gewünschte Zweck wurde erreicht, die Athmung wurde temporär bedeutend erleichtert; trotzdem war die Mutter bereits verschieden, als das Kind, ein kräftiges, schreiendes Mädchen, in die Welt befördert wurde. —

Der Umstand, dass dies Kind gesund war und blieb. obwohl es eine volle Woche mit dem Blut der Mutter, die schon 8 Tage vor ihrem Ende unzweifelhaft an Diphtheritis der Fauces litt, ernährt worden war, giebt dem Verfasser die Veranlassung, gegen die Auffassung des diphtheritischen Gifts als eines „Blutgiftes", der charakteristischen Exsudation als einer Folge der Septicämie zu polemisiren, und zu behaupten, dass die Exsudation, welche stets der Luft ausgesetzte Theile beträfe, die directe Folge der Einwanderung eines Microorganismus sei. Näheres muss im Original nachgelesen werden. SEMON.

64) **J. H. Clairborne. Eine practische Abhandlung über Diphtherie. (A practical paper on diphtheria.)** *Virginia Med. Monthly. April 1886.*

Wir haben in der That eine practische und, wie wir hinzufügen können, sehr lesenswerthe Arbeit vor uns. Der Autor scheint indess sehr verzweifelte Ansichten über die Krankheit und ihre Behandlung zu haben. Man trifft Sentenzen wie folgende: „Ich überlasse fast stets die locale Behandluug der Natur". „Bisweilen dachte ich, dass es beinahe ebenso gut wäre, die Allgemeinbehandlung demselben weisen und wohlthätigen Arzt, d. h. dem Allmächtigen, zu überlassen". Dass dieser Glaube indess zuweilen wenigstens ins Schwanken geräth, das beweist die Liste wohlbekannter Heilmittel, die er empfiehlt, wie die ausgezeichneten Regeln, die er für deren Anwendung sehr eingehend giebt.

LEFFERTS.

65) **N. A. Drake. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Kansas City Medical Record. Januar 1886.*

„Die Diphtherie ist eine constitntionelle Krankheit, die sich selbst begrenzt und einen specifischen Verlauf durchmacht. Halte den Patienten lange genug am Leben, baue Complicationen vor und er wird genesen". Gute Ernährung, Tonica und Stimulantia passende Umgebung und — im Glauben an die Pilztheorie der Krankheit — Chlor, schweflige Säure und Brom werden vom Autor empfohlen. LEFFERTS.

66) **R. L. Payne. Betrachtungen über Diphtherie. (Observations on diphtheria.)** *North Carolina Medical Journal. März 1886.*

Eine allgemeine Betrachtung über diesen Gegenstand, welche nichts Neues bietet. LEFFERTS.

67) **H. B. Hemenway. Diphtherie in der City of Kalamazzo, Michigan, 1884. (Diphtheria in the city of Kalamazzo, Michigan, 1884.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 27. Februar 1886.*

Ein sorgfältiges Studium der oben erwähnten Epidemie hat den Autor unter Anderem zu einer Reihe von nicht allgemein anerkannten Schlüssen gebracht: 1. Diphtherie kann ohne jede Beziehung zu einem vorhergegangenen Falle entstehen. 2. In seinen ersten Stadien ist die Contagiosität nur eine geringe. 3. Eine einfache „Angina", worunter er eine Tonsillitis, Pharyngitis und Laryngitis begreift, kann sich in Diphtherie verwandeln, ohne durch einen voraufgegangenen Fall inficirt worden zu sein. Endlich 4. Diphtherie und membranöser Croup sind identische Krankheiten. LEFFERTS.

68) **Geo. T. Mc. Keough** (Chatham, O.). **Bericht über den Ausbruch von Diphtherie in dem Kirchspiel „Pain-Court". (Report of an outbreak of diphtheria in the parish of „pain-court".)** *Canada Lancet. März 1886.*

Nur von localem Interesse. LEFFERTS.

69) **Neukomm. Die epidemische Diphtherie im Canton Zürich und deren Beziehungen zum Luftröhrenschnitt.** Leipzig. F. C. W. Vogel. 1886.

Die Arbeit zerfällt in zwei grosse Theile, den historisch-statistischen und den klinischen.

Die erste Diphtherieepidemie im Canton Zürich war im Jahre 1854. Verf. betrachtet besonders die Jahre 1879—1884, innerhalb welcher 6947 Personen (3192 männliche, 3755 weibliche) erkrankten. Die grösste Frequenz fällt in die Zeit vom November bis April, die geringste von Mai bis October; am höchsten belastet ist der kälteste Monat Januar, doch auch der veränderliche März ist besonders stark betheiligt. Im Allgemeinen ist also die Thatsache wichtig, dass Diphtherie in der kältern Jahreszeit, sowie in den Monaten mit stark schwankenden Temperaturverhältnissen häufiger ist; auch glaubt Verf. der trockneren Luft in der Luft in der kalten Jahreszeit, namentlich der in den durchheizten Zimmern einen gewissen Einfluss zuschreiben zu dürfen. Ob eine catarrhalisch afficirte Schleimhaut mehr zu Diphtherie disponirt, ist noch nicht bewiesen. Die grösste Morbidität fällt in das Alter von 1—10 Jahren mit 68 pCt., dann folgt das Alter von 10—20 mit 18,3 pCt., dann 20—36 mit 7,5; in toto ist das Kindesalter mit 86,3 pCt., dass der Erwachsenen mit 13,7 pCt. betheiligt, Säuglinge werden selten ergriffen.

Die Scharlachdiphtherie betrachtet Verf. weder für eine besondere Art der Diphtherie; noch ist es pathognomisch, dass dieselbe den Kehlkopf intact lässt. Scharlach und Diphtherie laufen nebeneinander her, so zwar, dass der Acme des Scharlachs eine solche der Diphtherie nachfolgt: Die Sterblichkeit in toto betrug 41 pCt. und zwar 22 pCt. beim weiblichen, 19 pCt. beim männlichen Geschlechte: die stärkste Mortalität betrifft das zweite Lebensjahr. Der dritte Abschnitt des ersten Theiles beschäftigt sich mit den Tracheotomieen in der Züricher Klinik von 1860—1884; es kamen 395 Fälle zur Beobachtung, geheilt wurden 38,5 pCt. Ueber Häufigkeit der Tracheotomie in den verschiedenen Mo-

naten, Lebensaltern, in Klinik und Privatpflege etc. muss auf das Original verwiesen werden.

Gleich zu Beginn des II. (klinischen) Theiles der äusserst fleissigen Arbeit bemerkt Verf., dass sich alle bisher gerühmten Mittel nicht bewährten und dass wir z. Z. noch kein Medicament besitzen, das den diphtheritischen Process coupirt und in seinem Fortschreiten verhindert; es sei dieser Passus den wunderwirkenden Diphtheritisspecialisten aller Nationen ganz besonders gewidmet! Die ausserordentliche Tenacität des diphth. Giftes ergiebt sich aus dem Umstande, dass von der ersten bis zur zweiten Erkrankung in einer Familie einmal 10 Monate verstrichen; Verf. glaubt an eine gewisse Familiendisposition.

Ueber die Disposition zu nochmaliger Erkrankung sagte Verf., seien die Acten noch nicht geschlossen; doch sei in 3 Fällen die Diphtherie zum zweiten Male aufgetreten.

Croup und Diphtherie hält Verf. für identisch, wiederholt liess sich für den ersteren die Infection nachweisen, auch war in andern Fällen die Rachenaffection schon abgelaufen, als die Patienten ins Krankenhaus kamen. Nasendiphtherie kann nicht als Contraindication der Tracheotomie gelten. In der Schweiz, wo Kropf bei Kindern so ausserordentlich häufig ist, erscheint die hohe Tracheotomie als die geeignetste Methode; die Canüle blieb meist nur eine Woche, manchmal sogar nur 4—5 Tage liegen. In 40 Fällen trat Wunddiphtherie ein. Albuminurie ist keine unbedenkliche Complication; das Nähere darüber, sowie über andere Complicationen, Pneumonie, Erbrechen, Diarrhoen, Blutungen sehe man im Original nach. Verf. kommt zum Schlusse noch zu sprechen auf die unvollkommenen Heilungen, d. h. jene Fälle, in denen zeitweise oder bleibende Störungen der Phonation oder Respiration vorhanden waren; sie beruhten fast immer auf entzündlichen Processen, Lähmungen der Kehlkopfmuskeln (Coeffner), Kropf- und Granulationsbildung, die letztere scheint bei der Tracheot. sup. relativ häufiger zu sein. 73 pCt. der Operirten blieben auch in der Folgezeit gesund, nur in 10 pCt. konnten die Störungen von der Operation hergeleitet werden. Ref. muss nochmals zur Lectüre der Arbeit dringend auffordern. SCHECH.

70) **O. Malm** (Norge). **Ist die Ueberführung von Diphtheritis mittels eines gesunden Zwischengliedes bedeutungslos? (Er Overförelse af Difteri ved friskt Mellemled betydningslös?)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. p. 434. 1886.*

Verf. theilt mit, wie er selbst nach einem Besuche bei einem Diphtheriekranken, ohne selbst krank zu werden, das Leiden zu einer entfernt wohnenden Familie brachte. SCHMIEGELOW.

71) **P. Wassiliew** (Kaluga). **Aufhören des Stotterns nach Rachendiphtheritis. (Slutschaí saikania protschetschi posle difterita.)** *Russ. Med. No. 11. 1886.*

Bei einem 5jährigen Knaben, der seit 3 Jahren an hochgradigem Stottern litt, hörte dieses Uebel nach überstandener Rachendiphtheritis vollständig auf und bis zum 9. Jahre war beim Pat. kein Recidiv eingetreten. Verf. meint, dieser Fall spreche gegen die Ansicht, das Stottern sei eine Krankheit centralen Ursprungs. LUNIN.

72) **A. P. Ortega. Ueber die dyskrasischen Lähmungen nach Diphtheritis etc. (De las parálisis discrásicas diftéricas; lijeras consideraciones sobre las mismas.)** *El Genio-Médico-Chirurgico. No. 1519 bis 1522. p. 335, 353, 367, 382.*

Sehr breit, jedoch ohne Neues zu bringen bespricht Autor die verschiedenen Lähmungen, die der Diphtheritis manchmal folgen, einige darüber aufgestellte Theorien, und spricht dabei besonders einer Prädisposition dazu das Wort, meint jedoch, dass noch manches darüber aufgeklärt werden müsse und führt drei selbst beobachtete Fälle vor. KISPERT.

## e) Kehlkopf und Luftröhre.

73) **Cantani** (Neapel). **Diffuser Kehlkopfcatarrh. Infiltration der Regio arytaenoidea, wahrscheinlich tuberculöser Natur. Consecutive Lähmung der Mm. crico-arytaen. post. (Catarro laringes diffuso. Infiltrazione della regione aritenoidea, probabilmente di natura tubercolare. Consecutiva paralisi dei Mm. crico-arit. post.)** *Bolletino delle cliniche. 1886.*

Der Titel zeigt, um was es sich handelt. Es bestand in dem Fall auch eine Infiltration des rechten oberen Lungenlappens. Obwohl sich im Auswurf keine Bacillen fanden, glaubt C. doch, dass sowohl die Kehlkopf- als die Lungenaffection tuberculöser Natur sei. KURZ.

74) **Opie. Schwangerschaft complicirt mit Larynxphthise; Tod im Wochenbett. (Pregnancy complicated with laryngeal phthisis with subsequent confinement; death.)** *New-York Med. Journal. 30. Januar 1886.*

Bericht über einen Fall. Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

75) **J. Roquer y Casadesus** (Barcelona). **Kehlkopf-Lungentuberculose in der 3. Periode, Behandlung mittelst Bacteriotherapie. (Tuberculosis Laringo-pulmonar en el terces periodo, Ensayo de Bacteroterapia.)** *Gaceta Médica Catalana 1886* und *Gaceta de oftalmologia, otologia y Laryngologia. p. 110. Madrid, Mayo 1886.*

Eine im 6. Monate stehende schwangere Frau mit sehr vorgeschrittener Kehlkopf-Lungentuberculose, Fieber bis 39° wurde von R. y C. auf die Publicationen Catani's hin mit reinsten Culturen von Bacterium termo in Form von Pulverisationen, Inhalationen und Bepinselungen behandelt.

Nach einer geringen Anzahl von Inhalationen und Bepinselungen fiel das Fieber auf 38 und 38,4. Diese Behandlungsweise wurde bis zur Niederkunft der Kranken fortgesetzt, und starb dieselbe 20 Stunden nach einer glücklichen Entbindung.

R. y C. bemerkt zum Schlusse, dass das Bacterium termo auf den Menschen nicht schädlich wirke, und dass er weitere Experimente damit ausführen werde. KISPERT.

76) **Audhoui. Eine Lösung gegen die Dysphagie der Tuberculösen. (Solution contre la dysphagie des tuberculeux.)** *Union méd. No. 33. 9. Mars 1886.*

Eine 5proc. Cocainlösung zur Einpinselung des Kehlkopfeinganges. — Post festum. E. J. MOURE.

77) **O. Masini** (Genua). **Ueber den negativen Werth der Milchsäure in der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Sul valore negativo dell' acido lattico nella cura della tubercolosi laringea.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola etc. No. 3. 1886.*

M. hat die Milchsäure in der von Jellinek empfohlenen Concentration angewandt, bis zu 80pCt. und sogar pur. Seine Fälle betrafen Schleimhautinfiltrationen mit und ohne Ulceration. Vorhergehende Einpinselung von Cocain milderte das heftige Brennen und den krampfhaften Husten, der der Application des Mittels zu folgen pflegte. In einem Fall, bei dem M. auf 80 pCt. stieg, trat ein Krampf ein, der Chloroforminhalation und künstliche Respiration nöthig machte.

Die Wirkung der concentrirten Lösungen besteht nach M. in Mortification der oberflächlichen Epithelschichten, in inactiver Schwellung, in wahrer Escharabildung mit Substanzverlust. Einen günstigen Einfluss auf die tuberculöse Affection hat er in keinem Fall beobachten können. KURZ.

78) **M. Rombo** (Taganrog). **Spucknapf für Tuberculöse. (Makrotnic dlja tschahotutschnich.)** *Russ. Med. No. 19. 1886.*

Um die Sputa Tuberculöser unschädlich zu machen, empfiehlt R. einen Spucknapf mit nach abwärts und innen gebogenen Rändern, die zwischen sich eine Oeffnung lassen, welche durch einen leicht federnden Deckel verschlossen wird. Sobald der Kranke diesen Spucknapf benutzt, so gleiten die Sputa auf den Deckel, der durch die Schwere derselben herabgedrückt wird und die Sputa fallen in das mit Desinfectionsflüssigkeit gefüllte Glas. LUNIN.

79) **Reichert** (Rostock). **Ueber eine neue örtliche Behandlung der chronischen Lungentuberculose und der chronischen Bronchitis.** *Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. 37. Heft 5. 1885.*

Ausgehend von den Untersuchungen von Schill und Fischer über die Unschädlichmachung der Tuberkelbacillen und ihrer Sporen mittelst Salicylsäure schlägt Verf., der schon vorher im Hinblick auf die Heilbarkeit der Lungentuberculose mit Ol. Eucalypti, Ol. Myrrhae, Ol. pini, Thymol, Ol. menthae und Menthol experimentirt hatte, vor, die Lungentuberculose durch Einspritzungen von 1,0 bis 1,0 Salicylsäure, 3,0 bis 6,0 Ol. menth. und 200 Wasser in die Trachea resp. Bronchien zu heilen. Die Application findet täglich mittelst der Kehlkopfspritze im Momente der Exspiration statt und zwar wenn der Bronchus der befallenen Lungenseite sichtbar ist, direct in diesen, wenn nicht, lässt man die Injectionsflüssigkeit auf der Seite der Trachea hinabfliessen; locale Beschwerden und Reflexe sollen angeblich sehr gering sein, Hämoptoe trat nur einmal auf; in circa 60 Fällen seien die krankhaften Erscheinungen theils „völlig beseitigt, theils wesentlich gebessert“ worden. Am geeignetsten sei das initiale und mittlere Stadium der Phthise, die Behandlungsdauer 1—4 Monate. SCHECH.

80) **A. J. Parker. Ein Fall von vermuthlich knöcherner oder kalkiger Neubildung des Larynx. (A case of supposed osseous or calcareous growth of the larynx.)** *Cincinnati Lancet and Clinic. 28. Novbr. 1885.*

Patient litt an stetig zunehmenden Athembeschwerden, „krächzender Stimme“

und Husten; schliesslich wurde er vom Typhus befallen. Am dritten Krankheitstage bekam er einen heftigen Erstickungsanfall, welchem Husten und Expectoration einer Quantität eiterartigen Blutes nebst einem Stück einer „knöchernen“ Substanz folgte. Die Stimme kehrte sofort zurück und das Fieber schwand. In letzter Zeit trat ein neuer Erstickungsanfall auf mit ähnlichem Resultat wie zuerst. Seit dieser Zeit erlangte Patient seine Stimme wieder; es zeigte sich weder Husten noch irgend ein anderes lästiges Symptom.

(Es wurde zu keiner Zeit eine mikroscopische Untersuchung vorgenommen. — Wahrscheinlich handelte es sich um syphilitische Laryngitis mit Ausstossung necrotischer Knorpelstücke.) LEFFERTS.

81) **Roquer y Casadesus** (Barcelona). **Subglottisches Papillom. Kurze Uebersicht über die chirurgische Behandlung der Neubildungen im Kehlkopfe. (Papiloma infraglotico. Breve resena del tratamiento quirurgico de las neoplasias laringeas.)** *El Siglo médico. No. 1687. p. 260. 1886.*

Zuvörderst wird eine diesbezügliche Krankengeschichte aufgeführt, daran anreihend die Differentialdiagnose der Kehlkopfgeschwülste und deren Behandlungsweisen.

Der Tumor, welcher seinen Sitz auf der unteren Fläche des rechten Stimmbandes hatte, wurde ausgerissen und dessen Implantationsstelle mittelst Galvanocauter gebrannt. Heilung. KISPERT.

82) **G. N. Himes. Polypenbildung im Larynx nach einer Laryngotracheotomie. (Polypoid growth with in the larynx after laryngo-tracheotomy.)** *Cleveland Med. Gaz. I. p. 54. 1885/86.*

Bei einem 4jährigen Kinde bildeten sich Vegetationen im Larynx, nachdem wegen Diphtherie die Laryngotracheotomie ausgeführt worden war. LEFFERTS.

83) **A. Jurasz** (Heidelberg). **Ein verhorntes Papillom des Kehlkopfs.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 5. 1886.*

J. entfernte vom rechten Stimmband eines 54 Jahre alten Tagelöhners Theile einer rasch wuchernden und recidivirenden Geschwulst, deren von Dr. Baenziger gemachte anatomische Untersuchung ausführlich mitgetheilt wird. Es handelte sich um ein Papillom, dessen mächtige Plattenepithellage der der Cutis ähnlich war. B. FRAENKEL.

84) **Labus** (Mailand). **Papillom am 5. Luftröhrenknorpel auf laryngoscopischem Wege entfernt.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 4. 1886.*

Die Zahl der bisher bekannten Fälle von Trachealgeschwülsten beträgt nur 8. 2 Fälle stammen von Schrötter, 3 von Mackenzie, 1 von Rossbach, 2 vom Verfasser, denen er noch diesen dritten anfügt. Bei einem 63jährigen Manne fand sich vom 5. Luftröhrenring nach abwärts eine körnige, schmutzigrothe Masse, welche fast das ganze Lumen der Trachea einnahm und wie ein zerfallender Epithelialkrebs aussah; in der Nase zahlreiche Schleimpolypen. Entfernung der Geschwulst mittelst einer langen Pincette in sieben schweren Sitzungen; sie erwies sich als Papilloma racemosum. Patient kann nach 4 Monaten frei respiriren, laufen und ohne Beschwerden Treppen steigen. SCHECH.

85) **C. H. Knight. Fibrom des rechten Stimmbandes, Entfernung mittelst Mackenzie's Zange. (Fibroma of the right vocal cord removed with Mackenzie's forceps.)** *New-York Med. Journal. 30. Januar 1886.*

Es handelt sich um einen 47jährigen Mann, welcher vor zwei Jahren an Sprachstörungen und Husten litt. Während der Operation wurde Cocain angewandt. Nach 6 Tagen war die Stimme normal. LEFFERTS.

86) **D. Newman** (Glasgow). **Kehlkopftumoren. (Tumors of the larynx.)** *Glasgow Med. Journal. Februar 1886.*

Auf dem Meeting der Glasgow Patholog. u. Clinical Society am 10. November 1885 demonstrirte Newman zwei Fälle von Tumoren im Kehlkopf:

1. Ein grosses Adenom, welches die obere Partie der Larynxhöhle bei einem 62jähr. Manne einnahm und das Gefühl eines Fremdkörpers erzeugte. In den letzten 11 Monaten hatten diese Symptome beständig zugenommen. Die Respiration ist nur dann wesentlich betroffen, wenn der Kopf rückwärts oder nach links gewendet wird. Die laryngoscopische Untersuchung zeigt, dass der Tumor mit den Interarytaenoidfalten, den Plic. aryepiglotticae und der Basis der Epiglottis verwachsen ist. Das rechte Stimmband wird von der Neubildung verdeckt, welche eine glatte Oberfläche hat und von der ödematösen Schleimhaut bekleidet ist. Die Palpation ergiebt, dass sie hart und fest fixirt ist. Der Oesophagus und Pharynx sind nicht ergriffen und zeigen keine Ulceration. Die Tracheotomie wurde erbeten. (Es wird nicht erwähnt, auf welche Weise constatirt wurde, dass der Tumor ein Adenom und kein Sarcom gewesen sei. Ref.)

2. Ein Larynxepitheliom mit den gewöhnlichen Erscheinungen und Symptomen. Es wurde die Tracheotomie vorgenommen. Da jedoch ein allgemeines Anästheticum für contraindicirt angesehen wurde, so machte man die Operation, nachdem eine subcutane Injection von 1,0 einer 5proc. Cocainlösung vorgenommen worden war. Der Effect war ein so vollkommener, dass die Operation in 20 Minuten ebenso leicht und ruhig wie bei einem allgemeinen Narcoticum ausgeführt werden konnte. Mc BRIDE.

87) **W. Lublinski** (Berlin). **Ueber den Kehlkopfskrebs.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 8, 9 u. 10. 1886.*

Lehrbuchmässige Darstellung der Lehre vom Kehlkopfkrebs, die sich wenig zu einem Referat eignet, deren Lectüre aber um so mehr empfohlen werden kann, als 18 eigene, zum Theil in der Berliner Universitätspoliklinik gemachte Beobachtungen dem Verf. zur Verfügung standen. Aus denselben möge hervorgehoben werden, dass Lymphdrüsenschwellung neben Carcinom nicht immer auf Infection derselben beruht, sondern, wie Verf. beobachtet hat, zuweilen einfache Schwellung darstellt. Auch wird (S. 143) ein bemerkenswerther Fall mitgetheilt, in welchem die Kehlkopferscheinungen mehr in den Hintergrund traten, während ein grosser Tumor des Halses zunächst die Aufmerksamkeit auf sich zog. Verf. bestimmt die durchschnittliche Lebensdauer seiner nicht operirten Fälle auf durchschnittlich $2^1/_2$ Jahre. Um die Wirksamkeit der Exstirpation zu beurtheilen, hat Verf. aus der Literatur 76 Fälle von Kehlkopfexstirpationen zusammengestellt. Von diesen starben innerhalb der ersten 14 Tage 31, und in der Folgezeit auch an

der Operation noch 4, also im Ganzen 35 = 46 pCt. Von den Ueberlebenden gingen 3 an intercurrenten Krankheiten, und 20 an Recidiven zu Grunde. Es bleiben also 18 übrig, von denen 9 zweifelhaft sind, sodass nur 9 Ueberlebende sicher sind. Von diesen starb 1 noch 14 Monate nach der Operation an Recidiv. Trotz dieses Ergebnisses glaubt Verf., dass die totale oder partielle Exstirpation dass Ziel unserer Bemühungen bleiben wird. Er führt in dieser Beziehung besonders an, dass die Gefahren der Operation sich durch Verbesserung der Technik verringert hätten; denn von den 38 ersten Operationen seien 20, also 52,6 pCt., und von den zweiten 38 dagegen nur 11, also 29 pCt. innerhalb 8 Tagen nach der Operation gestorben.

Verf. hat dies am 9. December 1885 in der Berliner medic. Ges. vorgetragen und sprach sich E. Hahn in der daran geknüpften Discussion für die Operation aus, da Kehlkopfkrebs gewöhnlich nur regionäre oder continuirliche Recidive setze. Von den 8 von E. Hahn wegen Kehlkopfkrebs Operirten lebt noch Einer, der vor 4 Jahren operirt wurde. Hahn benutzt zur Tamponade der Trachea eine der Michael'schen ähnliche Pressschwammtamponcanüle. E. Hahn verwirft die Bezeichnung Epitheliom, Cancroid sei eine bessere Bezeichnung, am besten sei es zu sagen Carcinoma fibrosum, medullare, simplex und keratodes.

B. FRAENKEL.

88) **E. Hahn** (Berlin). **Ueber den Larynxkrebs.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 4. p. 64. 1886.*

In der Discussion über einen Vortrag des Herrn W. Lublinski bemerkt H., dass er nach vollständiger Exstirpation und folglich Verhinderung jeden continuirlichen Recidivs in einzelnen Fällen noch nach 8, 9, 10 und selbst nach 14 Monaten ein regionäres Recidiv beobachtet habe. Nach der Exstirpation habe er jedoch nie Infectionsrecidive in den Drüsen oder Metastasen gesehen. Von den 8 Fällen, die er operirt habe, lebe nur noch einer, bei dem er vor 4 Jahren in seinem 69. Jahre ein Carcinoma keratodes exstirpirte. Die Gefahren der Operation liessen sich durch gute Tamponcanülen verringern. Er verwende eine, der Michael'schen ähnliche, bei welcher der Verschluss der Trachea durch mit Jodoformäther getränkten Pressschwamm bewirkt werde. Seiner Ansicht nach verlängere die Operation das Leben, da, wenn auch 42 pCt. in Folge der Operation zu Grunde gegangen, doch 24 pCt. Heilungen constatirt seien. B. FRAENKEL.

89) **Wattering** (Münster i. W.). **Ein Fall von Larynxcarcinom.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1886.*

Der Vater des Patienten starb an Magenkrebs. Er selbst lebte nach der Tracheotomie noch mehrere Monate; die Obduction ergab ein Carcinom der linken Larynxhälfte von den Stimmbändern abwärts, die hintere Wand des Larynx und die vordere Wand des Oesophagus in einer Länge von 8 Ctm. vollständig durchlöchert.

SCHECH.

90) **Baratoux** (Paris). **Ueber die Exstirpation des Kehlkopfes. (De l'exstirpation du larynx.)** *Progrès méd. No. 13 et 15. 27. mars et 10. avril 1886.*

B. giebt nach einer kurzen historischen Einleitung in einer Tafel die bis zum 19. Februar 1886 publicirten 102 Exstirpationen des Kehlkopfs wieder, wobei

die Namen der Operateure, Datum der Operation, Alter und Geschlecht des Kranken, Krankheit wegen welcher die Exstirpation gemacht wurde und die erzielten Resultate in übersichtlicher Weise angeführt werden. In der Liste ist als letzter Fall der von Labbé operirte verzeichnet, bei welchem 10 Tage nach der Operation Tod an Pneumonie eintrat. B. knüpft an die aus der Tabelle gewonnenen statistischen Daten Bemerkungen über Indication und Operationsverfahren der Kehlkopfexstirpation. E. J. MOURE.

91) **Péan** (Paris), **Zwei Fälle von Exstirpation des Larynx. (Deux cas d'exstirpation du larynx.)** *Gazette méd. de Paris. No. 16. 17. avril 1886.*

Der erste Fall betraf einen 35jährigen Mann mit Pflasterzellenepitheliom des Larynx, an dem die Exstirpation am 13. Februar d. J. vorgenommen worden war und der jetzt mit einem künstlichen Larynx spricht.

Der zweite Fall, der sich auf einen Mann von 65 Jahren bezog, hatte einen ungünstigen Ausgang. Die wegen eines lobulären Kehlkopfcarcinoms gemachte Exstirpation war von einer Bronchopneumonie gefolgt in Folge unvorsichtiger Handhabung der Oesophagussonde.

Bei den beiden Operationen schlug P. ein eigenes Verfahren ein: die Zerstückelung. Nach gemachtem medianem Hautschnitte, der vom Kinn bis zur Trachealcanüle reicht und bis auf den Knorpel geht, wird der Schildknorpel in der Mitte gespalten, das Perichondrium seiner beiden Flächen abgelöst und die beiden Hälften ganz oder stückweise mit einer Zange ausgerissen. Wenn nöthig, geschieht dasselbe auch für den Ringknorpel. So wird die vordere Larynxwand blosgelegt und hierauf ausgeschnitten, so weit als sie erkrankt ist. Ist dies geschehen, so sieht man die seitlichen und hinteren Wandungen des Kehlkopfes vor sich und nun entfernt man auch von diesen, was krebsig infiltrirt erscheint. Dies kann man ungehindert thun, ohne Furcht, die umliegenden wichtigen Gefässe oder Nerven zu verletzen, Dank dem erhaltenen äusseren Perichondrium. Man hat damit das Innere des Pharynx und des Oesophagus blosgelegt und kann die durch die Nase einzuführende Oesophagussonde controliren.

P. hofft, dass mit Verbesserung des Operationsverfahrens die Exstirpation des Larynx viel ungefährlicher werden und die ungünstige Statistik einer weit günstigeren Platz machen werde. E. J. MOURE.

## f. Schilddrüse.

92) **P. Piana** (Milano). **Ueber die Aortenschilddrüsen bei den Hunden. (Delle tiroidi aortiche nei cani.)** *Gazzetta degli ospitali. No. 42. 1886.*

Bei 30 Hunden fand P. ca. 20Mal überzählige, dem Stamme der Aorta aufsitzende und demnach im Herzbeutel befindliche Schilddrüsen. P. glaubt, dass in den Fällen, wo (entgegen den Experimenten von Sanguirico und Canalis) die Totalexstirpation bei Hunden nicht zum Tode führte, vielleicht solche accessorischer Aortenschilddrüsen vorhanden gewesen seien.

Diese Aortenschilddrüsen sind von variabler Grösse, sie finden sich bald einzeln, bald in grösserer Anzahl. Ihre Structur ist der der normalen Schilddrüse

identisch. Sehr wahrscheinlich sind sie bei genügender Entwickelung **fähig**, die Function der normalen Schilddrüse zu übernehmen. KURZ.

93) **Curran. Kropf im Himalaya. (Goitre in the Himalayas.)** *Dublin Journal of Medical Science. März 1886.*

Der Kropf ist in vielen Theilen des Himalayas sehr gewöhnlich und wird vom Volke weder als ein Fehler, noch als ein Heirathshinderniss angesehen. Der Autor glaubt nicht, dass der Wassergenuss eine Ursache für den Kropf abgebe, sondern dass die Ernährung, mangelhafte Diät und Heredität wirksame Factoren für die Entstehung desselben seien. In der Jugend pflegen Kropfkranke an ihrer Gesundheit keinen Schaden zu uehmen, später ist es wahrscheinlich der Fall. Hierauf wird die Methode, wie die Eingeborenen das Cauterium actuale anwenden, ausführlich beschrieben. Es scheint dies ein populäres Hausmittel zu sein, das nicht nur beim Kropf, sondern auch bei anderen Affectionen zur Verwendung kommt. M'BRIDE.

94) **S. R. Hunter** (Armagh). **Kropf während der Schwangerschaft. (Bronchocele during pregnancy.)** *Brit. Med. Journal. 23. Januar 1886.*

Ein während einer dritten Schwangerschaft im 6. Monate entstandener Kropf vergrösserte sich innerhalb 6 Wochen auf Orangengrösse, und verursachte Athemnoth, Heiserkeit, Erbrechen und Appetitmangel. Er war hart, schien nicht cystischer Natur zu sein. H. verordnete ein Tonicum und Jodkalium. Einen Monat lang blieb trotzdem der Tumor constant, dann verschwand er plötzlich — einen Tag vor der Entbindung — im Laufe von höchstens 48 Stunden.

SEMON

95) **Remy** (Fribourg). **Sitzung der ärztlichen Gesellschaft des Cantons Freiburg.** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 4. p. 232. 1886.*

Beobachtung einer vicariirenden Menstrualblutung in einen seitlichen Lappen der Schilddrüse, welcher rasch und bedeutend aufschwoll. Sonst hatte die Frau immer vicariirendes Nasenbluten, welches dieses Mal wegblieb. Mehr ist über diesen Fall nicht mitgetheilt. JONQUIÈRE.

96) **Billroth** (Wien). **Ueber den Zusammenhang der Strumen mit psychischen Functionen.** Klinische Vorlesung. *Wiener med. Zeitung. No. 14. 1886.*

B. weist darauf hin, dass die Cretins in der Regel Strumen haben; vielleicht bedingt die frühzeitige Gefässausdehnung in der Struma auch eine Venenausdehnung im Gehirne und beeinflusst so die Ernährung desselben. B. erwähnt dann der Folgen der Schilddrüsen-Exstirpation bei jungen Thieren und die Beobachtungen Kocher's betreffs Struma-Exstirpation bei Kindern; dieselben blieben geistig und körperlich zurück. Bei Erwachsenen ist die Sache unerwiesen. Jedenfalls stehen die Erscheinungen der Cachexia strumipriva mit Ernährungsstörungen des Gehirns in Beziehung. CHIARI.

97) **J. W. Gleitsman. Dislocation des Larynx in Folge von Struma. (Displacement of the larynx caused by goitre.)** *New-York Medical Record. 13. März 1886.*

Patient, ein Mann von 52 Jahren, hatte eine harte, fibröse Struma, welche

eine Dislocation des Larynx nach rechts und eine Drehung um seine verticale und sagittale Axe bewirkt hatte Die obere Partie der linken Schildknorpelplatte stand der Medianlinie näher als die untere linke Seite des Larynx, welcher beinahe 3 Ctm. davon entfernt ist. Der ganze Larynx war also so um seine verticale Axe gedreht, dass der vordere Theil mit dem Schildknorpelgelenk gegen die Medianlinie sah, während der hintere Theil mit den Giessbeckenknorpeln nach aussen gebogen war.

Das Laryngoscop zeigte Diagonalstellung der Stimmbänder und der Glottis, schräg von links nach rechts verlaufend, im Ganzen nach der rechten Halsseite dislocirt. Die Stimmbänder waren gut genähert. LEFFERTS.

98) **Walter Edmunds** (London). **Fälle von Schilddrüsenleiden. (Cases of thyroid disease.)** Mit Abbildung. *St. Thomas's Hosp. Reports. Vol. XIV. 1886.*

Der Autor leitet aus zwei ausführlich beschriebenen Fällen die Folgerung ab, dass Eisenchlorürinjection in Schilddrüsencysten eine bedenkliche und keineswegs empfehlenswerthe Methode sei, und empfiehlt statt derselben Incision der Cyste mit Drainage. Die dabei mögliche, gefährliche Blutung soll durch Compression, Ligatur, Cauterium actuale, Liq. Ferri chlorat. etc. gestillt werden. — In einem dritten Fall wurde der Isthmus der Schilddrüse mit einem demselben aufsitzenden Tumor, über dessen Natur nichts angegeben ist, entfernt. Der Patient genas. — Der vierte Fall betrifft einen an parenchymatöser Nephritis leidenden 45 jährigen Pfarrer, in dessen Schilddrüse sich ein latent verlaufender Krebs entwickelte, der Metastasen in beiden Pleurae setzte. E. macht darauf aufmerksam, dass sowohl die Schilddrüse wie die Pleuren sich aus dem Hypoblast entwickeln. SEMON.

## g. Oesophagus.

99) **Kundrat** (Wien). **Ueber Varices des Oesophagus.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 12. Februar 1886. *Wiener med. Presse. No. 9. 1886.*

Nach kurzer Besprechung der Literatur (Duret, Rokitansky, Zenker) hebt K. hervor, dass ausser den geringen, gelegentlichen Erweiterungen der oberen Speiseröhrenvenen auch noch enorme Erweiterungen der Venen des ganzen Oesophagus oder vorwiegend seines unteren Abschnittes zur Beobachtung gelangen, und zwar nur bei Schrumpfungsvorgängen in der Leber. Dies tritt verhältnissmässig selten auf, weil die Verbindungen zwischen der Coronaria ventriculi an der kleinen Curvatur des Magens und dem submucösen Venennetze des Oesophagus meist nur sehr unbedeutend sind. Sind dieselben aber stark entwickelt, so kann sich von der Vena portae unter Vermittelung der Coronaria ventriculi eine Collateralbahn gegen die Oesophagusvenen eröffnen, welche ja mit der Azygos, den Bronchialvenen und den Venae thyreoideae, phrenicae, diaphragmaticae in vielfacher Communication stehen. Dabei erweitern sich die Venae oesophagi enorm und können auch zu heftigen Blutungen Veranlassung geben; diese Blutungen entstehen entweder durch einfachen Riss der Venenwand und können dann wieder aufhören, oder sie werden veranlasst durch Necrosirung der Kuppe einer varicösen Vorwölbung und führen zu Verblutung. Kundrat nennt die dadurch

entstehenden Substanzverluste varicöse Geschwüre des Oesophagus. Er beobachtete im Ganzen 5 Fälle von Varices des Oesophagus, von denen 3 an schweren Blutungen zu Grunde gingen. Es ist daher die Ausbildung des Collateralkreislaufes durch die Oesophagusvenen bei Schrumpfungsvorgängen in der Leber, wenn auch dadurch meistens der Entstehung von Hydrops vorgebeugt wird, eine Gefahr für das Leben des Individuums, weil eben gewöhnlich heftige Blutungen aus den Varices des Oesophagus entstehen.

Bamberger betont die klinische Wichtigkeit dieser Erörterungen und glaubt, dass sich daraus erklären liesse, warum bei Lebercirrhose öfters Bluterbrechen und blutige Stühle auftreten. CHIARI.

100) **Hans Chiari** (Prag). **Zur Kenntniss der Oesophagitis follicularis.** Nach einem Vortrage, gehalten in dem Vereine deutscher Aerzte in Prag am 12. Februar 1886.

Nebst den häufig vorkommenden Schwellungen der Schleimdrüsen des Oesophagus und den cystischen Erweiterungen ihrer Ausführungsgänge sah C. öfters noch umschriebene Abscessbildungen in der Wand der Speiseröhre; von 5 dieser Fälle giebt er auch die Resultate der histologischen Untersuchung bekannt. Alle diese Abscesse hatten eine selbstständige Wand, eine Art Kapsel, welche wohl bei den grösseren ziemlich defect war; in den kleineren besass diese Kapsel einen Epithelüberzug, bei den grösseren waren einzelne Epithelzellen im Eiter nachzuweisen und nur in einem haselnussgrossen Abscesse fehlten sie völlig. Bei den grösseren war die Umgebung oft weithin entzündlich infiltrirt, und in allen Oesophagi waren sämmtliche untersuchte Schleimdrüsen krank, oft cystisch entartet. Daraus schliesst C. mit Recht, dass die Abscesse als vereiterte Cysten der Schleimdrüsenausführungsgänge anzusehen sind.

Als Ursache ihrer Entstehung war in 3 Fällen eine metastatische Eiterung anzusehen. Ch. macht noch besonders aufmerksam, dass solche Abscesse die Veranlassung zu Phlegmonen der Speiseröhre mit allen ihren schlimmen Folgen geben können. CHIARI.

101) **Maydl** (Wien). **Ueber ein neues Verfahren der Dilatation von Narbenstricturen des Oesophagus bei vorhandener Magenfistel.** Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 11. Juni 1886. *Anzeiger der Gesellschaft vom 17. Juni* und *Wiener med. Zeitung. No. 24. 1886.*

Bei einem 22jährigen Kranken, welcher am 2. April 1885 Laugenessenz getrunken hatte, musste Ende Mai eine Magenfistel angelegt werden. Bis August gelang es dann, Bougie No. 7 durch die Strictur durchzuführen; eine weitere Dilatation gelang nicht mehr. Maydl schlug daher folgendes Verfahren in der Narcose ein: die Bougie No. 5 wurde vom Munde aus ein- und durch die Magenfistel herausgeführt. Dann wurde durch das obere durchbohrte Ende der Bougie im Munde ein starker Seidenfaden gezogen, der doppelt so lang als die Bougie war. Mit Hülfe dieses Fadens wurde eine Bougie No. 10 durch die Strictur gezogen und daselbst für 24 Stunden liegen gelassen und hierauf der Faden allein belassen. Nach 3 Tagen wurde ebenso eine dickere Bougie durchgeführt. Die Empfindlichkeit wurde abgestumpft durch einen Schluck von 5proc. Cocainlösung.

So gelangte M. schnell zu dickeren Nummern, welche aber nur 1 Stunde liegen blieben, und hofft in 14 Tagen die Magenfistel schliessen zu können. Der permanent liegenbleibende Faden hängt einerseits bei der Magenfistel, andererseits beim Munde oder noch besser bei der Nase heraus. Die Vortheile dieser Methode sind, dass man die Eingangsöffnung der Strictur von oben leicht findet, dass die Bougirung schnell und schmerzlos gelingt und daher auch die Dilatation rasch vorwärts geht (in 3 Wochen gelang hier die völlige Erweiterung).

In der darauf folgenden Discussion erwähnten Weinlechner und Hacker ähnliche Methoden, nur dass sie statt solider Bougies dünne Drainröhren in ausgezogenem Zustande durchzogen. Maydl erklärte sich aber für solide Bougies, weil deren Dilatationskraft grösser sei als die der Drainröhren. CHIARI.

102) **v. Hacker. Die Magenoperationen an Professor Billroth's Klinik 1880 bis März 1885.** Toeplitz u. Deuticke. Wien, 1886.

Die Gastrostomie, d. h. die Anlegung einer Magen-Bauchwandfistel wurde viermal ausgeführt und zwar wegen Oesophagusstricturen; dreimal war Carcinom und einmal Narbenstrictur nach Laugenessenzvergiftung vorhanden. Nur in einem Falle überlebte der Operirte die Operation um $1\frac{1}{2}$ Monate und starb dann an Pneumonia crouposa. Die drei übrigen starben nach 24 Stunden, resp. nach 9 und 18 Tagen an Inanition; die Operation wurde nur vorgenommen bei auch für Flüssigkeiten undurchgängigen Verengerungen.

H. stellt dann die Indicationen zusammen: Narbenstricturen geben die beste Prognose, weil es dann manchmal gelänge, eine Dilatation durch Durchziehen stärkerer Bougies von der Magenöffnung aus zu bewerkstelligen oder direct vom Magen aus die Stenose zu dilatiren. Ebenso geben der angeborene Defect und Verschluss der Speiseröhre durch festgekeilte Fremdkörper günstige Prognose. Bei Carcinom dagegen hält Billroth die Operation nur dann für angezeigt, wenn die Strictur auch für Flüssigkeiten undurchgängig ist, weil man bei früherer Operation das Leben auch nicht bedeutend verlängern kann. Die übrigen Erörterungen dieser wichtigen Arbeit beziehen sich auf die Gastrotomie, Gastrorraphie, Gastrectomie und Gastroenterostomie. CHIARI.

---

# III. Kritiken und Besprechungen.

a) E. J. Moure (Bordeaux). **Practisches Handbuch der Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraums. (Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne.)** Libr. O. Doin. Paris, 1886.

Der Autor giebt eine gedrängte und klare Beschreibung der Anatomie und Physiologie der Nasenhöhlen und der Nebenhöhlen. Hierauf beschreibt er die vordere und hintere Rhinoscopie. Zur Untersuchung des Nasenrachenraums empfiehlt er das Speculum von Zaufal; eine Ansicht, die wir jedoch nicht theilen





können. Denn wenn dieses Speculum auch in gewissen Ländern in Gebrauch ist und zwar bei Völkern, die eine besondere Nasenform haben, so glauben wir doch nicht, dass man es leicht in die Nase unserer Landsleute einführen könnte, es sei denn, dass sie eine Atrophie der Nasenmuscheln haben.

Moure wendet sich hierauf der Pathologie zu, indem er darauf bedacht ist, jedem Kapitel eine genaue Erklärung voraufzuschicken. Dadurch verhütet er eine Verwechselung bestimmter Affectionen mit anderen, denen man mit Unrecht einen ähnlichen Namen giebt, wie z. B. Coryza und Ozaena.

Alsdann bespricht er die acuten Krankheiten der Nasenhöhlen und beschreibt nacheinander die acute, die infantile und periodische Coryza oder Heufieber, das er für eine besondere Krankheit erklärt; ferner die purulente Coryza oder Nasenblennorrhoe.

Es kommen dann die chronischen Affectionen an die Reihe, bei denen er die nöthigen therapeutischen und operativen Details angiebt, um diese Krankheiten, welche so oft vom Arzt vernachlässigt werden, zur Heilung zu bringen. Er beschreibt die einfach chronische Coryza, die hypertrophische und atrophische Rhinitis (Ozaena). Mit Moure halten wir die Prognose der letzteren Affection nicht für so schlimm, wie es oft ausgesprochen wird. Wir haben in der That nicht nur bedeutende Besserung, sondern selbst Heilung bei solchen Personen erzielt, die sich einer regelmässigen Behandlung unterworfen hatten. Wir freuen uns daher, dass unser College eine ähnliche Ansicht äussert.

Nachdem er dem Studium der Gewerbe-Coryza, und der traumatischen Rhinitis ein Capitel gewidmet hat, beschreibt der Autor den Abscess der Nasenhöhlen, die Syphilis der Nase und der Nasenhöhlen, die infantile syphilitische Coryza, die Tuberculose und die Dermatosen dieses Organs. Den Beschluss des ersten Theils machen zwei Capitel, von denen das erstere von den Fremdkörpern, das zweite von den Parasiten der Nasenhöhlen handelt.

Der zweite Theil beschäftigt sich zunächst mit den Tumoren der Nasenhöhlen. Unter den benignen zeigen sich die Schleimpolypen am häufigsten. Er empfiehlt die Abtragung derselben mittelst kalter oder galvanischer Schlinge.

Unter den anderen Tumoren sind zu nennen die Osteome, Enchondrome, die Knochencysten, die Papillome, die erectilen Tumoren und Adenome.

Hierauf bespricht der Autor die malignen Neoplasmen: Sarcome, Epitheliome, Carcinome und Rhinosclerome, welche in jüngster Zeit die Aufmerksamkeit der Aerzte erregt haben.

Andere Capitel sind der Epistaxis, sowie den Sensibilitätsstörungen (Anosmie und Parosmie) und den Reflexneurosen nasalen Ursprungs gewidmet.

In dem letzten Theil des Buches behandelt der Autor die Krankheiten des Nasenrachenraums, d. h. den Catarrh des Nasenrachenraums, die adenoiden Vegetationen, die Polypen, den Catarrh und die Cysten der Bursa pharyngea.

Die Behandlung der Nasen- und retronasalen Affectionen erfordert oft die Anwendung der Weber'schen Douche und zwar widmet der Autor dieser Methode, für welche er eine im rechten Winkel gebogene Canüle empfiehlt, eine ganz specielle Studie. 53 Figuren im Text und 4 lithographische Tafeln erleichtern das Verständniss desselben.

Wir tragen kein Bedenken, dieses Handbuch nicht nur den Aerzten, sondern auch den Studenten zu empfehlen, welche aus der Lectüre dieses Werks grossen Nutzen schöpfen werden. T. BARATOUX.

b) F. Massei (Neapel). **Ueber das primäre Erysipel des Kehlkopfes.** Uebersetzt von Vincenz Meyer. Berlin, 1886. A. Hirschwald.

Verfasser kommt in seiner sehr verdienstvollen und höchst wichtigen Arbeit zu dem Schlusse, dass viele Fälle von primärem Larynxödem als echte erysipelatöse Erkrankungen des Kehlkopfes aufzufassen sind. Er versteht unter primärem Kehlkopferysipel eine colossale acute Schwellung des Kehldeckels und der aryepigl. Falten, welche in keiner Beziehung zu einer vorausgegangenen Verbrühung oder ulcerösen Processen steht, und welche mit hochgradigen, äusserst stürmischen Erscheinungen, Temperatursteigerung, -senkung, Athemnoth, Schluckbeschwerden einhergeht. Erkältungen resp. einfache Catarrhe sind nicht im Stande, solch' colossale Schwellungen zu produciren (?); man muss vielmehr die Affection als eine mit Lymphgefässentzündung einhergehende Schleimhautentzündung (Angioleucitis diffusa) betrachten. Das primäre Larynxerysipel ist infectiös, wenn auch Erkrankungen anderer Familienglieder von M. bisher nicht beobachtet wurden, (vergl. Fasano Referat folgt in der nächsten Nummer. Red.) es tritt zu gewissen Zeiten periodisch auf; die nächste Veranlassung ist eine traumatische, indem kleine Einrisse auf dem Zungengrund der Epiglottis und des Lig. aryepigl. die Einwandung der Erysipelcoccen begünstigen; diese Coccen dringen in die Bindegewebsinterstitien ein, schreiten in die Richtung ihrer Bündel fort und gelangen in die Lymphgefässwurzeln und die grossen Lymphgefässstämme.. M. glaubt an die Verbreitung des erysip. Processes vom Kehlkopfe in die Lunge durch die Lymphbahnen (Wanderpneumonieen) doch können Larynx und Lunge auch gleichzeitig erkranken. In Bezug auf die detaillirte Diagnose und Symptomatologie muss auf das Original verwiesen werden, M. unterscheidet zwei Formen; bei der einen treten mehr die Allgemeinerscheinungen in den Vordergrund, bei der andern nehmen die Localstörungen den ersten Rang ein oder sind mit der Allgemeininfection wenigstens gleichgradig. Die Prognose ist stets ernst, nicht nur wegen der localen Beschwerden, die unvermuthet rasch durch Asphyxie zum Tode führen können, sondern auch wegen der Gefahr der Adynamie, Pneumonie und Allgemeininfection; den einmal beobachteten Ausbruch der Phthise bei einem schon vorher phthisisch angelegten Manne möchte Referent gerade nicht mit dem primären Kehlkopferysipel in Zusammenhang bringen, sondern glauben, dass irgend eine andere acute Krankheit ganz denselben Effect gehabt hätte. Die Behandlung muss eine allgemeine und eine locale sein; die letztere besteht in fortwährender äusserlicher Application von Eiscompressen und innerlichem Eisgenuss, eventuell Scarificationen oder Tracheotomie. Die therapeutischen Details, sowie die sehr instructiven 14 Krankengeschichten müssen im Original gelesen werden, das hiermit allen Fachgenossen nochmals auf das Dringendste empfohlen wird. SCHECH.

c) **G. D. Cohen Tervaert** (Haag). **Innervation, Function und Lähmung einiger Kehlkopfsmuskeln. (Innervatie, Functie en Verlaming van Enkele Larynx-spiren.)** Leiden, 1886.

In dem ersten Capitel seiner Dissertation behandelt der Verf. den Musc. crico-thyreoideus. Nachdem er eine genaue anatomische Beschreibung desselben und seiner Beziehungen zur Nachbarschaft gemacht, führt er uns ausführlich die verschiedenen Theorien vor, welche über die Function dieses Muskels von den Autoren theils auf Grund experimenteller Untersuchungen, theils auf Grund pathologischer Beobachtungen, theils aus rein theoretischen Betrachtungen, aufgestellt worden sind und unterzieht dieselben einer kritischen Besprechung. Indem ich aber diesbezüglich auf das Original verweisen muss, will ich nur auf die Namen der betreffenden Autoren anführen und zwar in der Reihenfolge, in welcher sie citirt und abgehandelt werden: Luschka, Möser, Bischoff, Longet, Dupuytren, Volkmann, Navratil, Türck, Rosenthal-Steiner, Exner-Mandelstamm und Weinzweig, Traube, Simanowski, Grützner, Jelenffy, Schech, Möser und Riegel; Krishaber, Luschka, Vierordt, Rosenbach, Störk, Mackenzie-Semon.

Bevor ich aber auf die vom Verf. selbst angestellten Experimente eingehe, will ich noch das Resultat der neuesten Erforschungen von Exner einerseits und Simanowski andererseits, auf welche sich der Autor mehr direct bezieht, vorausschicken:

Exner hatte auf dreifachem Wege: 1. durch Reizung des am lebenden Thiere herauspräparirten Nerven; 2. durch die Ergebnisse der Degenerationsversuche an Kaninchen; 3. durch die Ergebnisse der mikroscopischen Verfolgung der Nerven an menschlichen Kehlköpfen, gefunden, dass der M. crico-thyreoid. ausser dem N. laryng. sup. Ram. ext. noch vom N. laryng. med. innervirt werde; ferner wurde innervirt:

der M. thyreo-arytaenoid. ext. exclusiv vom N. laryng. inf., manchmal nimmt noch der R. ext. des Laryng. sup. an der Innervation theil;

der M. thyreo-arytaen. intern. gewöhnlich durch beide Laryng. sup. mit gleichem Antheil, ausserdem noch, besonders in seinem hintersten Theil durch den Recurrens derselben, manchmal vielleicht auch noch den der andern Seite;

der M. crico-arytaenoid. lat. vom laryng. sup. et inf.; vielleicht sei noch manchmal ein Nervenast der andern Seite dabei betheiligt;

der Musc. crico-arytaenoid. postic., von seinen Seiten und Vorderflächen her durch den N. laryng. inf., von seiner Hinterfläche her vom Laryng. sup., manchmal noch einem Zweige des Laryng. sup. der andern Seite;

der M. interarytaenoid. (musc. arytaenoid. obliqui et transversi) in gleichen Maassen durch den lar. super. u. inf. und von Zweigen ja noch von den Nerven der andern Seite; wenn ein Nerv vorwiege, so sei es der Sup.

der M. aryepiglotticus: Exner hatte einen Zweig des L. sup. dahin verfolgen können, wahrscheinlich sind auch solche von Recurrens.

Diesen Resultaten gegenüber ist Simanowski bei seinen Experimenten an Hunden zu folgenden Resultaten gelangt: innervirt wurden:

1. Die Musc. crico-arytaenoidei postici et laterales durch den Recurrens;

2. die M. thyreo-arytaenoidei int. et ext. atrophiren vollkommen nach Durchschneidung des Recurrens derselben Seite; bei jungen Hunden bleibt das Stimmband im Wachsthum zurück;

3. M. interarytaenoidei: Recurrens;

4. M. crico-thyreoideus, ohne Zweifel vom Laryng. sup., Durchschneidung dieses Nerven und des Recurrens verursachen keine stärkere Atrophie dieses Muskels als die erste allein;

5. M. thyreo und aryepiglott.: (wenig entwickelt beim Hund) Resultat = 0.

6. M. genio-epiglotticus (stark entwickelt beim Hund): atrophiren nach Durchschneidung des Lar. sup., des Lar. inf., R. pharyng. vagi und R. pharyng. hypoglossi.

Daraufhin machte nun der Verf. seine Experimente und zwar an 12 Hunden; zuerst suchte er den N. laryng. medius auf, ohne ihn zu finden; er nahm daher die Durchschneidung des M. cricothyreoid. vor mit Abschaben des Ringknorpels, um ja keine Muskelbündel undurchtrennt zu lassen. Während er nun einerseits den Muskel allein durchschnitt und andererseits nach gleichzeitiger Schneidung des Lar. sup. der anderen Seite diesen Nerven peripher reizte, um eine möglichst grosse Niveaudifferenz der Stimmbänder (im Sinne von Möser) zu bekommen, und dann wieder gleichzeitig auf der Seite des durchschnittenen Muskels den Recurrens durchschnitt, so konnte er doch keine deutliche Niveaudifferenz am Processus vocalis entdecken. — Wie gering der Einfluss der Durchschneidung eines M. cricothyreoid. sowohl auf den Hochstand des Proc. vocalis, als auch auf eine etwaige Drehung des Larynx sei, das habe ihm die Durchschneidung des Muskels bei einem muskulösen, mittelgrossen Hunde bewiesen, bei welchem das Larynxinnere in jeder Hinsicht leicht zu beobachten war: „sofort nach der Durchschneidung des Muskels bellt der Hund weniger hell, als vorher, jedoch bleibt der hervorgebrachte Ton auf gleicher Höhe; das Stimmband macht den Eindruck, als ob es in seiner Mitte etwas höher stehe, jedoch weder nach vorne noch nach hinten lässt sich ein Niveauunterschied erkennen. Das gleiche Resultat ergeben alle häufig noch später vorgenommenen Untersuchungen.

Von einer Drehung des Larynx um seine verticale Axe konnte ebenfalls nicht die geringste Spur wahrgenommen werden; nur in seiner Mitte steht das Stimmband etwas höher, aber nicht an seinem die Glottis begrenzenden Theile, sondern nach aussen hin; wenn dies nicht der Fall gewesen wäre, hätte man an Mackenzie-Semon's „leichte Elevation während der Exspiration und Phonation“ denken können; das Stimmband ist schmaler als das der anderen Seite. — Da im weiteren Verlauf keine Aenderung an der Glottis auftrat, so wurde noch einmal Cart. cricoid. blosgelegt, wobei constatirt ward, dass der Muskel sich nicht wieder an die Cart. angeheftet hatte; zu aller Sicherheit wurde der Cricoidring noch einmal abgekratzt und nach geschlossener Wunde laryngoscopirt. Gleicher Befund, gleiches Bild, wie zu vor! Daraufhin sieht sich nun der Autor zu dem decisiven Schluss berechtigt: „Der M. cricothyreoid. hat weder die Aufgabe, die C. thyreoid. nach unten zu ziehen, noch die, den Ring der C. cricoid. nach oben zu heben; er vergrössert die Krümmung der

Thyroidknorpelplatten, wodurch die Stimmbänder in die Breite gespannt werden." Bei einseitiger Lähmung des M. cricothyr. bleibe die Stimme in ihren hohen Lagen, werde aber unrein, während bei doppelseitiger Lähmung die Stimme tiefer und unrein werde.

Zugleich seien dadurch die Befunde Exner's bestätigt, betreffend die Rolle, welche der Laryng. sup. bei der Innervation der Kehlkopfmuskeln spiele und die alten Physiologen träten somit wieder in ihr Recht „utrumque nervum dispertiri aequabiliter in musculos laryngis et glottidis et moderandae voci servire".

Nach seinen Untersuchungen am Menschen konnte er keinen Unterschied im Abstand der Cart. thyreoid. und cricoid. während des Singens hoher Töne finden, und dabei nur eine stärkere Spannung constatiren; auch die längeren Stimmbändern bei Bässen widersprechen der Annahme, dass die Stimmbänder bei der Phonation hoher Töne verlängert würden!

Das zweite Kapitel handelt über den M. crico-arytaenoideus posticus. Ueber kein Kapitel der Larynxpathologie sei in der letzten Zeit so viel und mit so wenig Erfolg gestritten worden. Verf. stellt sich die Aufgabe, die Frage mit Rücksicht auf die Pathogenese zu behandeln und den Weg anzubahnen, wie der Streit zwischen Semon und Krause, denen das Hauptverdienst in diesen Fragen zukommt, geschlichtet werden könne. Er beginnt damit den Leser in das Thema einzuführen und explicirt die Theorien Rosenbach's, Semon's und Krause's, welche wir bei unseren Lesern als bekannt voraussetzen dürfen. Ich führe daher nur die Einwendungen an, welche er diesbezüglich zu machen hat, und gebe seine Conclusionen wieder. Nach seiner Meinung ist Semon's Beweisführung nicht zufriedenstellend, weil es nicht genüge viele Fälle von Posticuslähmung aufzutreiben, und zugleich nicht eine Anzahl Fälle von Adductorenparalyse aufweisen zu können; seiner Idee nach sollte eine Anzahl von Fällen von Posticuslähmung gegeben werden mit Ausgang in totale Recurrenslähmung (der einzige in der Literatur beschriebene diesbezügliche Fall von Rosenbach sei nicht stichhaltig, weil die Annahme einer myopathischen Lähmung dabei nicht ausgeschlossen sei), — gegenüber dem totalen Mangel oder doch einer viel geringeren Anzahl von Fällen von Adductorenlähmung mit Ausgang in totale Recurrenslähmung, natürlich immer als Folge von Ausübung von Druck auf den Recurrensstamm. Die Scheidung der Recurrensfasern in oberflächliche und centrale, sei rein hypothetisch; die grössere Vulnerabilität der Nervenfasern der Abductoren durchaus nicht bewiesen und so könnte die von Semon angenommene „proclivity" nicht zur Erklärung dienen, bis er eine auf weniger hypothetischen und mehr gewichtigen Gründen beruhende Explication geben können. [Eine Antwort auf die Einwendungen des Verf. wird in nächster Zeit an anderer Stelle gegeben werden. F. S.]

Gegen die Theorie Rosenbach's, der zuerst eine Analogie der Extensoren der Extremitäten in dem Verhalten der Abductoren erblickt, und gegen Semon's „specific vulnerability" bei Fällen von Vergiftung, sprächen die von Seifert mitgetheilten Fälle von Larynxmuskellähmung nach Bleivergiftung, bei denen einmal eine Paralyse des M. arytaen. propr., einmal eine einseitige totale Recurrensparalyse, und einmal eine doppelseitige Posticuslähmung gefunden wurde.

Was die Krause'sche Theorie einer „primären neuropathischen Contractur" der Stimmbandmuskeln anbelangt, insofern als er sich darauf stützt, dass während des rigor mortis die Glottis in ihrer ganzen Länge fest geschlossen sei, so stellt ihr der Autor das Resultat der seit einiger Zeit an allen Cadavern, welche während des rigor mortis im Spital zu Leyden zur Section gekommen waren, vorgenommenen Untersuchungen bezüglich der Glottis entgegen, wonach die Angabe Krause's absolut nicht bestätigt worden ist. Prof. Mac Gillavray that dem Verf. zu wissen, dass man nothwendigerweise die Trachea anstechen oder durchschneiden müsse, ehe der Thorax geöffnet wird, weil beim Collabiren der Lungen die Luft durch den Larynx entweichen und dadurch vielleicht eine künstliche Veränderung in der Stellung der Glottis herbeigeführt werden könne. Bei jedem Cadaver, wo so verfahren würde, sei die Glottis in ihrer hintersten Parthie offen geblieben.

Während er nun die Experimente von Krause, namentlich der dritten Serie für massgebend findet, fragt er ihn, wenn er bei der ersten Serie auf „eine reflectorische Wirkung" zur Deutung seiner Befunde recurrirt, wie er sich diese denke, welche Bahnen der Reflex nach der Peripherie hin einschlage, da doch der Recurrens leitungsunfähig sei und Krause nirgends Erwähnung thue von der Resultaten Exner's bezüglich der motorischen Innervation des N. lar. sup.?

Der Autor basirt sich nun weiter auf das Resultat der Experimente Krause's III. Serie, wonach die Adductionsstellung immer nach 2—5 Tagen in totale Recurrenslähmung überging und führt aus, dass in der ganzen Literatur (mit Ausschluss des Rosenbach'schen nicht zu verwerthenden Falles) kein einziger Fall bekannt sei, wo auf die sog. Posticuslähmung eine totale Recurrenslähmung gefolgt ist. (Unrichtig. F. S.) Die meisten Fälle bewahrten das gleiche Bild bis zum Ende (Fall Gerhardt, 28 Jahre lang, Fall Riegel 3 Jahre lang etc.); und zweitens sei bei Krause noch der Nerv in einen wirklichen Entzündungszustand versetzt worden, während die microscopische Untersuchung der zur Section gekommenen klinischen Fälle den Recurrens in einem Zustand von Degeneration und Atrophie erwiesen habe. Man sei daher nicht berechtigt, die klinischen Fälle auf die gleiche Stufe zu stellen wie die Experimente von Krause. Wenn man nun bedenke, dass alle diese Einflüsse, die unser Krankheitsbild zum Vorschein rufen, wenn sie auf den Stamm des N. facial. einwirken, beinahe stets eine Paralyse und nur selten einen Krampf verursachen, welcher doch das Resultat der Reizung ist, dann glaube er sich berechtigt, sich gegen die Lehre, dass die Posticuslähmung auf einer neuropathischen Contractur beruhe, aussprechen, und an der Lehre einer „wirklichen Muskellähmung" festhalten zu dürfen. — Die Ursache dieser Lähmung dürfe übrigens nicht in einer Neigung der Nervenfasern früher zu erkranken, als die der Adductoren, oder gar ausschliesslich zu erkranken, gesucht werden, sondern darin, in wie weit der N. laryng. sup. et inf. an der Innervation der Larynxmuskeln sich betheiligen. Wie oben mitgetheilt, ist nach Exner unter den Adductoren der M. thyreo-arytaen. ext. allein meist ausschliesslich durch den Recurrens innervirt, während die übrigen ihre Zweige von beiden Stämmen empfangen, wobei bald der Laryng. sup., bald der L. inf. die Oberhand hat. Dieser ganzen Gruppe steht als einziger Abductor der M. cricoarytaen. post. gegenüber, der vorwiegend durch den Re-

rucrens versorgt wird. Wenn nun, wie es bei unserer Affection der Fall ist, der Recurrens mehr weniger ausser Function gesetzt wird, dann muss der Muskel am meisten darunter leiden, dessen Innervation am meisten gelitten hat, d. i. der M. cricoaryt. post. Im Beginn kann der Muskel durch vermehrte Action das Uebel zu überwinden trachten, doch wird er wie der Herzmuskel schliesslich unterliegen. Damit stimmt überein, dass die histologischen Veränderungen in diesem Muskel weit vorgeschritten sind, ehe noch die andern im Ganzen irgend wie merklich angegriffen gefunden werden. So soll dann die „Proclivity" Semon's ihre Erklärung finden in der nun zum Factum gewordenen Hypothese „that possibly the adductors receive an increment of nerve force from the superior laryngeal nerve."

Zieht man nun in Betracht:

1) dass noch kein unzweifelhafter Fall existirt von dem Uebergang der Posticuslähmung in eine Recurrensparalyse, und

2) dass ganz dieselben Ursachen fast immer eine totale Recurrensparalyse und nur selten das Bild einer ausschliesslichen Posticuslähmung zum Vorschein bringen, — dann muss man im Anschluss an die durch Exner gegebene Vertheilung der motorischen Nerven der Larynxmuskeln und in Rücksicht auf die überall vorkommenden Abnormitäten sich vorstellen können, dass die Innervation der Larynxmuskeln in den Fällen, von denen die Rede hier ist, auf die Weise von der Norm abweicht, dass der M. cricoarytaen. post. exclusiv und ohne Mitwirkung des Sup. vom Recurrens innervirt wird; während die übrigen Muskeln mehr vom Laryng. sup. versorgt werden; dadurch wäre zu gleicher Zeit das Persistiren der Affection bis zum Ende aufgeklärt, während die hier angegebene Erklärung auch auf die Fälle passt, wo die Ursache im Centrum liegt; jedoch muss man hierfür noch ein besonderes Centrum für den Lar. sup. und ein besonderes für den Recurrens annehmen."

„Diese Erklärung ist natürlich noch nicht viel mehr als eine Hypothese, aber eine solche, welche den Weg zu weiteren Untersuchungen angiebt, namentlich den, dass bei allen vorkommenden Fällen von Stimmbandlähmung, die ihren Grund in einem Druck auf den Nerven haben und zur Section kommen, der Larynx auf die durch Exner angegebene Weise untersucht werden sollte."

BAYER.

---

# IV. Briefkasten.

## Wohnungsveränderung.

**Vom 28. September an ist meine Adresse für private wie für auf das Centralblatt bezügliche Briefe und Einsendungen:**

**Dr. Felix Semon**

**39. Wimpole Street.**
**W. London.**

---

## Drucksendungen an die Redaction.

Dem unbekannten Herrn Absender einer den Poststempel „Uruguay" tragenden Drucksendung hiermit die Mittheilung, dass nur der zerrissene Umschlag derselben, nicht aber der Inhalt in den Besitz des Herausgebers gelangt ist. — Da derartige Vorkommnisse sich schon öfters wiederholt haben, erlaubt sich der Herausgeber die Bitte, für ihn bestimmte Drucksendungen stets unter Kreuzband umschnürt absenden zu wollen.

---

## Personalia.

Vom nächsten Monat ab tritt Herr Dr. A. Garrod in London in die Reihe unserer ständigen Mitarbeiter ein.

Wir erfahren, dass Herr Dr. Paul Meyer in Strassburg in nächster Zeit zum ausserordentlichen Professor befördert werden wird und über Laryngologie vorzutragen beabsichtigt. Bisher las Prof. Kohts einmal wöchentlich während des Sommersemesters über Laryngologie.

---

## Berichtigung.

In seiner Besprechung des Cresswell Baber'schen „Leitfadens zur Untersuchung der Nase" (vgl. diesen Jahrgang, S. 27) hatte Dr. M'Bride den Glauben ausgesprochen, dass das „Tuberculum septi narium" zuerst von dem genannten Autor beschrieben worden sei. Dr. M'Bride ersucht uns nunmehr, seine Aeusserung dahin zu berichtigen, dass, wie er sich inzwischen überzeugt hat, das genannte Gebilde bereits im Jahre 1883 von M. Bresgen in der zweiten Auflage seiner Brochure: „Der chronische Nasen- und Rachencatarrh" auf S. 59 beschrieben worden ist.

---

## Bitte um Ueberlassung von Säugethierkehlköpfen.

Ich möchte meine vergleichenden Untersuchungen über die Kehlkopfmuskeln der Säugethiere (Abhandlungen der Senckenberg'schen naturforschenden Gesellschaft, Bd. VIII, Frankfurt a. M., 1883) fortsetzen. Da ich aber nur wenig geeignetes Material habe, so bitte ich die Herren Collegen, welche etwa im Besitze von Säugethierkehlköpfen sein sollten, freundlichst, mir solche zu überlassen. Hauptsächlich wäre mir daran gelegen, Kehlköpfe von Affen (namentlich von Anthropoiden) und von Lemuren zu erhalten.

Dr. OTTO KOERNER,
Frankfurt a. M., Bethmannstr. 7.

---

## Vorläufiges Programm der laryngologischen Section der 59. deutschen Naturforscherversammlung.

Für die laryngologische Section der bevorstehenden Naturforscherversammlung sind bisher folgende Vorträge angemeldet worden: 1) Prof. Exner (Wien), Demonstration über Kehlkopfnerven; 2) Dr. Felix Semon (London), Abductorparalyse, nicht Adductoren-Contractur; 3) Dr. Strübing (Greifswald), Zur Aetiologie des Larynxödems; 4) Dr. Reichert (Rostock), Ueber die laryngoscopische Behandlung der subacuten und chronischen Tracheitis und Bronchitis; 5) Dr. Lublinski (Berlin), Ueber Laryngitis sicca; 6) Dr. Rosenfeld (Stuttgart), Ueber Nasen- und Trachealsteine; 7) Dr. Schadewaldt (Berlin), Ueber die Localisation der Empfindung in den Halsorganen; 8) Dr. Mor. Schmidt (Frankfurt a. M.), Ueber Tracheotomie bei

Larynxphthise; 9) Dr. H. Krause (Berlin), Therapie der Larynxphthise; 10) Dr. Schwabach (Berlin), Ueber die Bursa pharyngea; 11) Dr. Tornwaldt (Danzig), Ueber pathologische Veränderungen am Rachendach; 12) Dr. Justi (Idstein), Operation der adenoiden Neubildungen. Ausserdem haben ohne Angabe des Themas die Herren Geh. Rath Prof. Dr. Gerhardt (Berlin), Prof. Hack (Freiburg), Reg.-Rath Prof. Schnitzler (Wien) und Geh. Rath Prof. Dr. v. Ziemssen (München) Vorträge in Aussicht gestellt.

Wie vorstehende Uebersicht zeigt, geben die angemeldeten Themata Gelegenheit, die augenblicklich brennenden Tagesfragen auf laryngologisch-rhinologischem Gebiet, so weit dies wünschenswerth ist, in der Section zur Debatte zu bringen. Auch verspricht die Ausstellung auf laryngologisch-rhinologischem Gebiet recht sehenswerth zu werden. Das ganze Armamentarium eines Laryngologen gelangt zur Anschauung, insoweit daran in den letzten Jahren Veränderungen oder Neuerungen getroffen sind. Auch hat Prof. Schrötter in Wien eine Sammlung extrahirter Fremdkörper und Prof. Tobold in Berlin seine Collection von Wachsnachbildungen der von ihm beobachteten Kehlkopftumoren angemeldet. Das Centralblatt wird seiner Zeit einen ausführlichen Bericht über die Ausstellung bringen.

---

## Verhandlungen der laryngologischen Section des VIII. internationalen Congresses zu Kopenhagen.

Der beklagenswerthe Tod des Präsidenten des verflossenen internationalen Congresses, Prof. Panum's, hat das Erscheinen der Verhandlungen desselben bedeutend verzögert. Im Laufe des verflossenen Monats aber ist uns der „Compte-rendu des travaux de la section de laryngologie" zugegangen. Er bildet einen stattlichen Band von 153 Seiten, legt Zeugniss für die Sorgfalt unseres liebenswürdigen Büreauvorstandes ab, und wird für alle Theilnehmer des Congresses sicherlich ein angenehmes Zeichen der Erinnerung an die ebenso genussreichen wie instructiven Tage in Kopenhagen sein. Abweichend von dem nach dem Londoner Congresse befolgten Modus sind auch die in der Debatte gemachten Aeusserungen in der Sprache wiedergegeben, in welcher sie gethan wurden. Da die Verhandlungen der Section bereits ausführlich im Centralblatt berichtet worden sind (vgl. Jahrgang I, S. 157 et seq.), so werden wir nicht weiter auf dieselben zurückkommen.

---

## Einladung zur laryngologischen Section des IX. internationalen medicinischen Congresses zu Washington 1887.

Das Executiv-Comité für die vorläufige Organisation des IX. internationalen medicinischen Congresses, welcher in Washington, District Columbia, im September 1887 zusammentreten soll, wünscht so frühzeitig als möglich zu wissen, wer an diesem Congresse entweder in der Form persönlichen Besuchs oder anderweitiger Beiträge zu seinen Arbeiten theilzunehmen beabsichtigt.

Die Leser dieses Aufrufs werden höflichst gebeten, vor dem 30. April 1887 dem Präsidenten dieser Section mitzutheilen, ob es ihre Absicht ist, sich als Mitglieder des Congresses eintragen zu lassen, und ob sie einen Vortrag oder Vorträge zu den Verhandlungen der laryngologischen Section beizutragen gedenken.

71 Sinth Avenue.
Pittsburgh, Pa.
July 1886.

Dr. W. H. DALY,
Präsident der laryngologischen Section.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang III. Berlin, October. 1886. No. 4.

## I. Referate.

### a. Allgemeines.

1) **F. Massei** (Neapel). **Schlussvorlesung. (Lezione di chiusura al corsa ufficiale di laringojatria.)** V. anno scolastico 1885—1886. *Napoli. tipografia l'Unione.*

Bei 497 Kranken in Massei's Ambulatorium fanden sich

| | | |
|---|---|---|
| Affectionen | der Nase und des Nasenrachenraums | 128, |
| „ | des Isthmus und der Mundhöhle | 57, |
| „ | des Pharynx | 119, |
| „ | des Pharynx und Larynx | 85, |
| „ | des Larynx | 98, |
| „ | der benachbarten Organe | 10. |

Auf Grund dieser Eintheilung folgt eine statistische Aufzählung der verschiedenen Krankheitsformen, die sich nicht für ein Referat eignet. Einzelne interessante Fälle werden recapitulirt.

Dieselben sind grösstentheils bereits anderweitig veröffentlicht und im Centralblatt referirt.

KURZ.

2) **A. Nijkamps. Mittheilung aus der laryngologischen Praxis. (Mededeeling mit de Laryngologische Praktijk.)** *Weekblad van Het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 16. 1886.*

Der Autor theilt mit: 1. 2 Fälle von Pharyngomycosis leptothritica, wobei im zweiten Falle die Epiglottis der Sitz einiger kraterförmigen Einlagerungen des Pilzes war; 2. 4 Fälle von Laryngitis acuta stridulosa bei Personen von 54, 32, 25 und 22 Jahren; der laryngoskopische Befund ergab jedesmal eine Laryngitis acut. hypoglottica sicca; 3. einen Fall von acutem Cartarrh der Sinus frontales mit Anschwellung der Nasenmuscheln, eine heftige Cephalalgie bedingend; Cocaïn beseitigte vorzüglich die Beschwerden; 4. einen perichondritischen Abcess an der Epiglottis bei einer Tuberculosa; die Punction brachte sofortige Erleichterung, konnte aber den rasch folgenden Tod nicht verhindern.

BAYER.

3) **Billroth** (Wien). **Chirurgische Erlebnisse eines Tages.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte in Wien. 18. December 1885. *Anzeiger der Gesellschaft. No. 1. 1886.*

Bei Besprechung einer Strumaexstirpation, welche B. an dem Tage vorgenommen hatte, an welchem er seinen Vortrag hielt, erwähnt er, dass Jodinjectionen nur bei Kindern von 4—6 Jahren dauernde Heilung bewirken; bei Erwachsenen ist der Erfolg gering und unsicher, da die Rindensubstanz der Schilddrüse wenig dadurch beeinflusst werde. Ausserdem warnt er noch vor Verletzung der subcutanen Venen, welche längs der Trachea verlaufen, weil auch durch sie Lufteintritt in das Herz erfolgen kann.

Gelegentlich der Besprechung eines Larynxcarcinomes geht B. auf die Ergebnisse der Larynxexstirpation ein, welche am günstigsten seien, wenn die Muskelansätze am Kehlkopfe erhalten blieben.

Endlich erwähnt B. einer heftigen Blutung aus einer kastaniengrossen Geschwulst (am linken Zungengrunde über der Epiglottis liegend). Er hielt sie für einen Abscess und schnitt sie ein, wobei ihm ein starker Blutstrahl entgegen kam. Die Blutung stand erst nach 10 Minuten langer Digitalcompression. B. hält die Geschwulst für ein cavernöses Sarcom und beabsichtigt, sie per pharyngotomiam subhyoideam zu entfernen.

CHIARI.

4) **M'Bride. Illustrationen ungewöhnlicher krankhafter Processe des Ohrs, der Nase und des Larynx. (Illustrations of uncommon morbid conditions of the ear, nose and larynx.)** *Edinburgh Medical Journal. Mai 1886.*

Diese Arbeit ist eine von denjenigen, welche in einem der Leitartikel des Centralblatts verdammt worden sind, weil ihr Titel kein klares Bild von ihrem Inhalt giebt.

Ich will indess keine Apologie schreiben, da ich einen Jeden, der in der Lage ist, viel zu sehen, für verpflichtet halte, entweder in Abhandlungen oder klinischen Berichten Facta, welche von besonderer Bedeutung sind, zu veröffentlichen.

Der erste Theil der Arbeit enthält nur Ohrenmaterial. Demnächst folgt eine ausführliche Beschreibung von einem Interarytaenoidtumor, wo dem Tumor die Symptome einer Lungenerkrankung voraufgingen. Hierauf wird die Schwellung der unteren Nasenmuscheln und die Wirkung des Cocaïn auf die Abschwellung des Schwellgewebes besprochen. In einem Falle hielt die Wirkung vier Tage an. Auch die Reflexneurosen gelangen zur Besprechung und der Autor äussert sich dahin, dass man durch methodische Application des Cocaïn auf die Nase das Eintreten solcher Neurosen verhüten könne, welche von der Nasenschleimhaut ausgehen. Schliesslich finden wir einen ausführlichen Bericht über einen Fall von sog. fibromucösem Polyp des Nasenrachenraums. Der Polyp sass mit einem sehr langen, dünnen Stiel vor dem Gaumengewölbe, grade hinter dem Septum. Da der Tumor wegen seines langen Stiels sehr beweglich war, so konnte er mit Instrumenten nicht gefasst werden. Schliesslich wurde er mit unbewaffnetem Finger losgelöst. Histologisch entsprach er einem weichen Zellenfibrom.

AUTOREFERAT.

5) **Ivar Svensson** (Stockholm). **Fall von Varix aneurysmaticus colli.** *Svenska Läkare-Sällskapets Förhandlingar. p. 16. Februar, Hygiea 1886.*

Eine Geschwulst obengenannter pathologischer Natur wurde bei einem 25jährigen Manne in der Höhe der Cartilago thyreoidea beobachtet. Der Tumor war diffus und man konnte sowohl das eigenthümliche Schwirren als ein Sausen deutlich vernehmen. — Er hatte sich nach einem geheilten Messerstich vor ungefähr einem halben Jahre gebildet. Nur das Sausen genirte den Patienten. Die Behandlung sollte in Compression durch ein passendes Compressorium bestehen, war aber noch nicht angefangen. — SCHMIEGELOW

6) **Samuel Sexton. Catarrhalische Entzündung der oberen Luftwege. (Catarrhal inflammation of the upper air-tract.)** *New-New Med. Record. 30. Jan. 1886.*

Der Autor erklärt, dass seine Erfahrungen bei Beobachtung catarrhalischer Entzündungen des Kopfes und anderer Theile ihn mehr zu der Ansicht leiten, dass es sich um eine locale Aeusserung auf das ganze System wirkender, klimatischer Einflüsse handle, als, wie einige Autoritäten meinen, um das Resultat einer einfachen catarrhalischen Diathese, die sich local äussert und gegen welche hauptsächlich die Behandlung sich zu richten habe. Der Erläuterung dieser Ansicht ist die zwar interessante, aber weitschweifige Arbeit hauptsächlich gewidmet. LEFFERTS.

7) **Wolff. Ueber Syphilis hereditaria tarda.** *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. No. 273. 1886.*

Die die Leser des Centralblattes am meisten interessirenden Punkte obigen Artikels beziehen sich auf die Nase und den Rachen. Verf. beobachtete bei Syph. hereditaria tarda dieselben Veränderungen wie bei Lues acquisita. Ulcerationen und Zerstörungen an der Nasenspitze, den Nasenflügeln, Defecte des ganzen Septum mit Vomer und Muscheln, Perforationen des Septum und des Gaumens, Anlöthung der Gaumenbögen an die hintere Rachenwand, Ulcerationen des Kehlkopfes. Ziemlich oft finden sich anderweitige Erscheinungen von Lues, Exantheme, Knochengummata, Cornealtrübungen, Ohraffectionen, bleibende Missbildungen der Zähne, die sog. Hutchinson'sche Trias. Das Jodkali hält Verf. gegenüber dem Quecksilber für weit wirksamer, auch gibt er von ersterem auffallend grosse Dosen, 3—8 Grm. pro die, da Dosen von 1—3 Grm. oft wirkungslos bleiben. SCHECH.

8) **D. H. Goodwillie. Therapie der tertiären Syphilis der Nase, des Mundes und Halses. (Treatment of tertiary syphilis of the nose, mouth and throat.)** *Meeting Med. Soc. State of N.-Y. Philad. Med. News. 6. Febr. 1886.*

G. ist der Ansicht, dass man die Diät und die Hygiene sorgfältig regeln müsse. Während Merkur in den ersten Stadien werthvoll ist, eignet er sich nicht zur Behandlung der folgenden. Jodkali ist vortheilhaft, wenn es in geeigneter Weise angewandt wird; zu weit getrieben, wird es nachtheilig. Zur Entfernung der erkrankten Knochen benutzt G. einen Drillbohrer. Er zeigte eine Anzahl Zeichnungen und Abbildungen operirter Fälle vor und demonstrirte einen Electromotor und Accumulator, mittelst deren er den Drillbohrer treibt. LEFFERTS.

9) **K. B. Lehmann** (München). **Experimentelle Studien über den Einfluss technisch und hygienisch wichtiger Gase und Dämpfe.** Habilitationsschrift. München. Oldenburg. 1886.

Die die Leser des Centralblattes hauptsächlich interessirenden sehr exact ausgeführten Experimente beziehen sich auf Mund, Nase und Kehlkopf.

Setzt man Thiere — Meerschweinchen, Kaninchen, Katzen, Ratten — längere Zeit der Einwirkung von Salzsäuredämpfen aus, so tritt sofort eine Reizung der Mund- und Nasenschleimhaut mit Blutungen in der Nase auf; Hand in Hand damit geht eine namentlich bei Katzen geradezu imposante Speichelsecretion; der Speichel ist anfangs dünnflüssig, klar, wird aber allmählich zäher und cohärenter, zum Schluss wieder dünn, dann wieder zäher, je nach der Dauer des Versuches. In tiefer Necrose hört die Speichelsecretion auf. Während der Versuche erscheint anfangs die Schleimhaut der Nase geröthet, später bald mehr blass livid, bald dunkel cyanotisch. Zuweilen zeigen Kaninchen gleich nach der mehrstündigen Einwirkung des Säuredampfes eine bräunliche Verfärbung und Vertrocknung der Schleimhautläppchen, die zu beiden Seiten des Septums aus der Nase hervorragen. Die Nase fühlt sich etwas derb und geschwollen an. In den folgenden Tagen entwickelt sich dann meist ein eitriger Nasenkatarrh, während gleichzeitig grössere oder kleinere Partieen der Nasenflügel und das Septum bald einer trocknen Necrose, bald einer feuchten Gangrän anheimfallen; die trockne Necrose ist jedoch der häufigere Process; die Theile werden dabei vollständig hart und lederartig und endlich durch eine demarkirende Entzündung abgestossen; auch die vorderen Enden der Muscheln sind stark blutgefüllt und von schwärzlicher Farbe. Nach Ausheilung solcher zerstörter Partien bleiben starke narbige Schrumpfungen mit Verengung der Nasenlöcher zurück. Katzennasen werden weniger von der Säure angegriffen, bleiben aber doch nicht verschont. In der Trachea und Lunge finden sich meist nur wenig Ecchymosen, in der Lunge mehr oder weniger starke Hyperämie, Ecchymosen oder pneumonische Anschoppung und vicariirendes Emphysem.

Die Wirkungen von Ammoniakdämpfen auf die Speichelsecretion und Nasenschleimhaut waren identisch mit denen der Salzsäure. Niemals aber kam es bei starker Ammoniakeinwirkung zu Gangrän oder Necrose der Nase, wie dies die Regel war bei der Salzsäure. In der Trachea zeigten sich meist hämorrhagische Entzündung, ferner Laryngitis, Ecchymosen der Stimmbänder, fetzige Abstossungen grösserer Epithelpartien, acutes Oedem der Epiglottis, auch das Epithel der Trachea verlor seine Flimmerhaare und war auf weite Strecken zerstört; deutliche Croupmembranen werden in frischen Fällen vom Verf. nicht beobachtet; nur in einzelnen Fällen waren Andeutungen von Pseudomembranen vorhanden, so z. B. bei einem Kaninchen, das nach $2^1/_2$ stündiger Einwirkung von 4proc. Ammoniak gestorben war. Bei directer Injection von Ammoniakwasser in die Trachea hingegen tritt constant Fibrinbildung auf. SCHECH.

10) **Krozak-Brunn. Das Epithel der Respirationsorgane in ihrem Verhältnisse zur tuberculösen Infection.** *Med. chir. Centralblatt. No. 9 u. 10. Wien, 1886.*

K. betont die Wichtigkeit gesunder Flimmerzellen, um Staub oder die Tuberkel-Bacillen aus den Luftwegen wieder herauszubefördern. Durch chronischen

Catarrh, besonders bei Rauchern und Trinkern, gehen oft die Flimmerzellen oder wenigstens ihr Flimmerkleid verloren; deshalb können die Sporen der Bacillen in solchen Fällen in die Alveolen gelangen und daselbst wuchern. Auch der Verlust der Flimmerhaare des Nasenepithels hat deswegen eine schlechtere Reinigung der Einathmungsluft zur Folge. CHIARI.

11) **Schedel. Zellvermehrung in der Thymusdrüse.** *Archiv f. mikroscop. Anat. Bd. 24. 1885.*

Eigentliche Keimcentren, wie sie Flemming in den Lymphdrüsen, Möbius in den Malpighi'schen Knötchen der Milz, Ducros und Paulsen in den Tonsillen gefunden, existiren bei der Thymus nicht; die Zelltheilung findet fast ausschliesslich in der Peripherie der Follikel statt; der Theilungsherd verläuft rings um die Markzone. Tingirte Körper findet man auch in der Thymus.

Sch. glaubt, dass die Neubildung der Zellen der Thymus durch indirecte Zelltheilung geschieht, deren Herd hauptsächlich die Rinde der Herdläppchen ist. SCHECH.

12) **Ollive. Anomalie der Carotis. (Anomalie de la carotide.)** *Soc. anatom. de Nantes. 24. März* und *Gaz. méd. de Nantes. 9. April 1886.*

O. zeigt den Larynx, Trachea und Aorta einer an Morbus Basedowii erkrankt gewesenen Frau vor, die an dyspnoïschen Erscheinungen gelitten hatte, so dass man oft geneigt gewesen war, eine Tracheotomie vorzunehmen.

Bei der Obduction fand man einen submucösen Abscess im Larynx vor dem erweichten und zum Theil verschwundenen Ringknorpel. Der Larynxeingang war sehr verengert (wodurch?). Ferner fand man als zufälligen Befund die linke Carotis quer über die Trachea ziehend, so dass nur ein rhombischer, in seinem längsten Durchmesser 1 Cm. messender freier Raum für eine etwaige Tracheotomie vorhanden gewesen wäre. E. J. MOURE.

13) **Coën (Wien). Demonstration zweier Fälle von Sprachstörungen.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 2. April 1886. *Anzeiger vom 15. April 1886.*

Ein Fall von Näseln war veranlasst durch Hypertrophie der beiden unteren Nasenmuscheln; alle Heilversuche waren vergebens.

Der 2. Fall betraf ein Mädchen, welches an hochgradigem Stottern mit Lispeln litt; zugleich traten bei demselben hochgradige Reflexkrämpfe, besonders der Respirationsmuskeln, auf. CHIARI.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Kaufmann (Prag). Ueber die Bedeutung der Riech- und Epithelialzellen der Regio olfactoria.** Aus dem Laboratorium des Prof. Schenk in Wien. *Wiener med. Jahrbücher. 1886. Heft II.*

K. stellte sich die Aufgabe beim Frosche zu untersuchen, ob nicht die Epithelialzellen in Folge der Einwirkung verschiedener Reagentien Veränderungen der Form eingehen, welche in letzter Reihe zur Bildung von Riechzellenform führen könnten, und kommt zu dem Schlusse, dass die Riechzellen möglicher Weise als Abkömmlinge der Epithelialzellen aufzufassen wären. Bei frischen, mit Humor aqueus oder 1 pCt. Kochsalzlösung behandelten Zupfpräparaten findet

20) **Rabow** (Berlin). **Schnupfmittel gegen Schnupfen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 5. S. 77. 1886.*

℞ Menthol. pulv. 0,2.
Coffeae tortae.
Sacch. alb. aa 5,0.
M. f. pulv. D. S. Je nach Bedarf eine Prise zu schnupfen.
℞ Cocaini hydrochl. 0,1.
Coffeae tortae.
Sacchar. alb. aa 5.0.
M. f. pulv. D. S.: Schnupfpulver:

Die Pulver sind schwarz, wie Schnupftaback. B. FRAENKEL.

21) **Samuel Sexton. Infectiosität der Secrete bei purulenter catarrhalischer Entzündung des Ohres, Auge und Nase. (Infectiousness of secretions in purulent catarrhal inflammation of the ear, eye, nose.)** *New-York Med. Record. 13. Febr. 1886.*

S. ist der Ansicht, dass auftretende Stauungen mehr auf mangelhafte Sorgfalt und Vernachlässigung der hygienischen Vorschriften zurückzuführen sind, als auf die Contagiosität oder Infectiosität der purulenten Secrete. LEFFERTS.

22) **Arthur Thost** (Hamburg). **Pneumonikokken in der Nase.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. No. 10. 1886.*

Im Laboratorium des Prof. A. von Frisch in Wien wies Verf., veranlasst durch die Mittheilung Klamanns in der Nase Kapselkokken nach, die im Aussehen und was Züchtungs- und Infectionsresultate anlangt, durchaus den Friedländer'schen Pneumoniekokken gleichen. Er glaubte zunächst, die Kokken fänden sich nur bei Ozäna. Als er später Doppelfärbungen mit Fuchsin und Methylenblau ausführte, fand er sie auch in Nasen, die keine Ozäna hatten, u. A. auch in seiner eigenen. B. FRAENKEL.

23) **Ziem. Ueber die Ursachen der Anschwellung der Nasenschleimhaut.** *Allg. med. Central-Zeitung. No. 16 u. 17. 1886.*

Verschwellung der Nase wird veranlasst durch Schädlichkeiten der Athmungsluft (dumpfe feuchte Wohnungen, Staub, Dünste, intensive Gerüche), Eiterung der Schleimhaut der Nasenhöhle und ihrer Recessus, der Nebenhöhlen, umschriebene Ostitis der Nasenknochen, Zahnkrankheiten, sowie Ostitis und Periostitis des Alveolarfortsatzes, Geschwülste und Cystenbildungen im Nasenrachenraum, Parese des Velum, Anschwellung der Gaumentonsillen, angeblich auch durch Verbiegung des Septums, durch Malaria, Leukämie, Syphilis und Scrofulose. Der weitere Inhalt des Artikels deckt sich so ziemlich mit des Verf.'s Arbeit: Ueber die Bedeutung und Behandlung der Naseneiterungen (siehe Referat No. 27). Grosse Mandeln, Cysten der Bursa pharyngea, adenoide Wucherungen führen theils durch reflectorische Reizung, theils durch Beeinträchtigung der Respiration und direkte Störung der Circulation (Behinderung des Venenabflusses) zu Nasenschwellung. SCHECH.

1. Eine spärliche Infiltration der Nasenschleimhaut mit Lymphzellen gehört zur Regel.

2. Das Vorkommen von massenhaftem adenoiden Gewebe in Form von diffuser Infiltration oder von Follikeln ist nicht regelmässig, aber auch nicht pathologisch.

3. Die als Follikel bezeichneten Bildungen besitzen auch ein Reticulum, somit neben den Zellenagglomeraten auch den zweiten wesentlichen Bestandtheil eines normalen Follikels.

Diese Follikel liegen entweder unmittelbar unter dem Epithel oder in der subcapillaren Schichte der Schleimhaut, vorwiegend in der Respirationsspalte der Nasenhöhle und da wieder in dichteren Massen im hinteren Bereiche dieser Spalte. In der Riechspalte gibt es keine Follikel.

Ein Beweis für die Normalität des Vorkommens der Follikel in der menschlichen Nasenschleimhaut liegt darin, dass sich auch bei Hunden, Katzen, Schafen, Schweinen, Hirschen, Rindern und Hasen solche Follikel vorfinden. Z. gibt eine genauere Beschreibung dieser Verhältnisse beim Hunde, die übrigens nicht bei allen Individuen dieselben sind. CHIARI.

17) Geo. N. Mouette. **Aetiologie und Therapie der Coryza. (Coryza, its causes and treatment.)** *Journal Am. Med. Assoc. 30. Jan. 1886.*

Der Autor stellt die sehr erstaunliche — und sicherlich neue — Theorie auf, dass unter den vielen Entstehungsursachen des in Rede stehenden Leidens, — abgesehen von den hereditären Einflüssen — die Gewohnheit des Rauchens eine Quelle der Mehrheit der schwersten Fälle abgebe.

Therapeutisch verurtheilt er viele, wenn nicht alle der allgemein acceptirten instrumentellen Hilfsmittel, viele der medicamentösen Mittel, während er bei seinen Fällen niemals Misserfolge von Bismuth und Jodoform hatte. LEFFERTS.

18) H. de Launay. **Heilung der Coryza. (Guérison du coryza.)** *Le monde pharmac. et méd. No. 3. 5. Februar 1886.*

Es wird in wenigen Worten die interne Behandlung der Coryza mit schwefelsaurem Atropin gepriesen und erzählt, dass Ferrand schon 1876 diese Behandlung eingeführt habe. E. J. MOURE.

19) W. R. Amick. **Coryza und Conjunctivitis. (Coryza and conjunctivitis.)** *Cincinnati Lancet, Clinic. 3. April 1886.*

Die Vascularisation der Conjunctiva wird entweder durch eine wechselnde Dilatation der Blutgefässe in der Conjunctiva durch die Ganglien, oder reflectorisch durch das Gehirn bewirkt, indem die Hemmungsnerven suspendirt werden.

In beiden Fällen besteht die Behandlung in der Anwendung localer Mittel auf die Nasenschleimhaut zur Hebung der acuten Coryza und in Anwendung von Emollientien und Adstringentien zur Beseitigung der Congestion der Conjunctiven. LEFFERTS.

20) **Rabow** (Berlin). **Schnupfmittel gegen Schnupfen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 5. S. 77. 1886.*

℞ Menthol. pulv. 0,2.
Coffeae tortae.
Sacch. alb. aa 5,0.
M. f. pulv. D. S. Je nach Bedarf eine Prise zu schnupfen.

℞ Cocaini hydrochl. 0,1.
Coffeae tortae.
Sacchar. alb. aa 5.0.
M. f. pulv. D. S.: Schnupfpulver:
Die Pulver sind schwarz, wie Schnupftaback. B. FRAENKEL.

21) **Samuel Sexton. Infectiosität der Secrete bei purulenter catarrhalischer Entzündung des Ohres, Auge und Nase. (Infectiousness of secretions in purulent catarrhal inflammation of the ear, eye, nose.)** *New-York Med. Record. 13. Febr. 1886.*

S. ist der Ansicht, dass auftretende Stauungen mehr auf mangelhafte Sorgfalt und Vernachlässigung der hygienischen Vorschriften zurückzuführen sind, als auf die Contagiosität oder Infectiosität der purulenten Secrete. LEFFERTS.

22) **Arthur Thost** (Hamburg). **Pneumonikokken in der Nase.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. No. 10. 1886.*

Im Laboratorium des Prof. A. von Frisch in Wien wies Verf., veranlasst durch die Mittheilung Klamanns in der Nase Kapselkokken nach, die im Aussehen und was Züchtungs- und Infectionsresultate anlangt, durchaus den Friedländer'schen Pneumoniekokken gleichen. Er glaubte zunächst, die Kokken fänden sich nur bei Ozäna. Als er später Doppelfärbungen mit Fuchsin und Methylenblau ausführte, fand er sie auch in Nasen, die keine Ozäna hatten, u. A. auch in seiner eigenen. B. FRAENKEL.

23) **Ziem. Ueber die Ursachen der Anschwellung der Nasenschleimhaut.** *Allg. med. Central-Zeitung. No. 16 u. 17. 1886.*

Verschwellung der Nase wird veranlasst durch Schädlichkeiten der Athmungsluft (dumpfe feuchte Wohnungen, Staub, Dünste, intensive Gerüche), Eiterung der Schleimhaut der Nasenhöhle und ihrer Recessus, der Nebenhöhlen, umschriebene Ostitis der Nasenknochen, Zahnkrankheiten, sowie Ostitis und Periostitis des Alveolarfortsatzes, Geschwülste und Cystenbildungen im Nasenrachenraum, Parese des Velum, Anschwellung der Gaumentonsillen, angeblich auch durch Verbiegung des Septums, durch Malaria, Leukämie, Syphilis und Scrofulose. Der weitere Inhalt des Artikels deckt sich so ziemlich mit des Verf.'s Arbeit: Ueber die Bedeutung und Behandlung der Naseneiterungen (siehe Referat No. 27). Grosse Mandeln, Cysten der Bursa pharyngea, adenoide Wucherungen führen theils durch reflectorische Reizung, theils durch Beeinträchtigung der Respiration und direkte Störung der Circulation (Behinderung des Venenabflusses) zu Nasenschwellung. SCHECH.

24) Allen. **Digitaluntersuchung der Nasenhöhlen und Blosslegung der Muscheln bei der Behandlung des chronischen Nasencatarrhs. (Digital examination of the nasal chambers and denudation of the turbinated bones in the treatment of chronic nasal catarrh.)** *International Journal of the medical sciences. April 1886.*

Der Autor empfiehlt, den Pat. zu anästhesiren und mit dem nach unten und hinten eingeführten Zeigefinger die mittlere Nasenmuschel gründlich zu untersuchen. Sobald die mucoperiostale Bekleidung erkrankt gefunden wird, soll man sie ablösen; eine schlechte Stellung kann auf diese Weise grade gerichtet werden. Der Autor scheint der Fracturirung der Perpendicularplatte des Siebbeines, welche nach seinen Angaben hierbei nicht ungewöhnlich ist, keine Wichtigkeit beizulegen. Ref. kann nicht umhin zu erklären, dass die von Allen empfohlene Manipulation etwas roh ist. Da diese Behandlungsmethode jedoch neu und angeblich wirksam ist, so sollte man die Abhandlung im Original lesen.

Mc BRIDE.

25) C. E. Bean. **Diagnose und Therapie des chronischen Nasencatarrhs. (Chronic nasal catarrh; its diagnosis and treatment.)** *North. Western Lancet. 1. Febr. 1886.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

26) Harrison Allen. **Ueber die verschiedenen Formen von Kopfschmerz, welche klinisch mit dem chronischen Nasencatarrh verbunden sind. (On the headaches which are associated clinically with chronic nasal catarrh.)** *Philad. Med. News. 13. März 1886.*

Die beim chronischen Nasencatarrh auftretenden Kopfschmerzen sind dreierlei Art: reflectorischer, nervöser und entzündlicher Natur.

Der reflectorische Kopfschmerz ist fast ganz auf die Stirn, die Schläfe und den Scheitel beschränkt. Bei allen Formen des chronischen Nasencatarrhs wird über einen dumpfen Schmerz in der Stirngegend geklagt, welcher auch mit Gehirndruck und Denkstörungen verbunden sein kann. Beschränkt sich die Affection auf diejenige Kammer, welche der mittleren Nasenmuschel entspricht, so zeigt sich der Schmerz in der Schläfe. Ein Schmerzanfall, welcher bei einer milderen Form nur auf diese Seite des Gesichts und die Schläfe sich beschränkt, kann bei schwereren Formen sich auch auf den Scheitel und das Genick ausbreiten.

Drückt man bei dem reflectorischen Kopfschmerz mit dem Finger so stark als möglich auf die innere Wand der Orbita, so ist diese ganz besonders empfindlich. Die Siebbeinzellen sind deutlich congestionirt und das Os planum auf Druck schmerzhaft. Die Nasenschleimhaut befindet sich in einem tief entzündlichen Zustande, welcher auch das submucöse Bindegewebe, ja selbst den Knochen ergreifen kann. Die Theile sind oft auch atrophisch. Der Autor führt die Symptome auf, durch welche der „reflectorische Kopfschmerz“ sich differentiell diagnostisch von dem cerebralen, dem gastrischen, dem bei Steinleiden vorkommenden, dem rheumatischen Kopfschmerz, der Migräne und dem sog. „nervösen“ und dem (vom Autor hinzugefügten) „Cocain-Kopfschmerz“ unterscheidet.

Betreffs der Aetiologie bemerkt der Autor, dass das Vorhandensein einer breiten mittleren Nasenmuschel, deren Schleimhaut in einem Zustand der chronischen Entzündung sich befindet und fest zwischen der Seiten- und Mittelwand der Nasenhöhle eingekeilt ist, die Individuen zu Anfällen von Kopfschmerz prädisponirt.

Unter nervösem Kopfschmerz, sobald er in Verbindung mit einem Catarrh erscheint, soll man denjenigen Zustand des Systems verstehen, wo eine mässige Ausdehnung des localen Leidens der Nase und des Pharynx zahlreiche inconstante Symptome hervorruft, welche auf Kopf und Hals sich äussern.

Catarrhalische Kopfschmerzen entzündlichen Ursprungs hat der Autor niemals gesehen, ausser bei acuter Congestion oder Entzündung des Sinus frontalis. Der Schmerz ist hochgradig und in der Regel nur auf eine Seite begrenzt. In den Fällen, welche er studirt habe, bestand keine Temperaturerhöhung und die Anfälle hätten nach Application von Blutegeln sich gegeben. Die Behandlung unterscheidet sich in keiner Weise von dem, was Dr. Allen für die Behandlung des chronischen Nasencatarrhs empfiehlt. Die erkrankten Gebilde müssen so vollständig und so gründlich entfernt werden, als es mit allen anderen Umständen sich verträgt und gemäss den allgemeinen Principien der Chirurgie.

LEFFERTS.

27) **Ziem. Ueber Bedeutung und Behandlung der Naseneiterungen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 2, 3, 4. 1886.*

Die Naseneiterungen sind theils diffuse, theils Heerderkrankungen, theils fötid, theils nicht fötid. Ganz besonders häufig ist die Erkrankung der Nebenhöhlen, namentlich der Highmorshöhle, die Ursache der Eiterung. Die Diagnose derselben ist oft recht unsicher; die gewöhnlich angegebenen Symptome der Auftreibung des Oberkiefers, reichlichen Ausfluss von Eiter bei gewisser Körperstellung, Schmerz und Schwellung der Wange können vorhanden sein, aber auch völlig fehlen; in den vom Verf. mitgetheilten Fällen fehlte z. B. stets die Auftreibung der Höhle, ebenso die Verflachung der betr. Gesichtshälfte; auch vermehrter Abfluss, Schwellung der Wange und Schmerzen waren nur theilweise vorhanden. Um die Diagnose einer Nebenhöhlenerkrankung zu fixiren, schlägt Z. vor, 1. zu verschiedenen Tageszeiten zu untersuchen, namentlich dann, wenn an gewissen Tagesstunden gebundene Entleerungen stattfinden; 2. die Luftdouche nach Hartmann auszuführen, 3. durch innerliche Jodgaben die Secretion zu steigern, 4. durch den Galvanokauter gleichfalls eine vermehrte Eiterung zu erzeugen.

Therapeutisch hält Z. die Ausspritzung der Nebenhöhlen durch ihre natürlichen Ostien nur ausnahmsweise für ausführbar und glaubt, eine Sondirung der Keilbeinhöhle ohne vorherige Entfernung der mittleren Muschel sei überhaupt kaum möglich. Er eröffnet daher die Kieferhöhle vom Proc. alveolaris oder von der Fossa canina aus. Ersterer Methode, namentlich der Eröffnung vom 3. Backzahne aus, gibt er den Vorzug und benützt dazu theils Troicart und Meissel, theils Drillbohrer. Die Schäffer'sche Methode, die Eröffnung von der Nase aus, möchte Z. für alte Leute mit sehr dünnen Knochenwänden oder für solche mit Verdacht auf Durchbruch des Eiters reserviren. Das Haupterforder-

niss zur Heilung ist aber eine methodische, täglich 2mal vorzunehmende Durchspülung der eröffneten Höhle, die mit mehrfacher Unterbrechung des Stromes stattfinden soll; die dazu verwendeten Mittel sind Alaun, Kochsalz, Borax, Sublimat, Jodtinctur verdünnt, Carbolsäure, Kali hypermang. Jodoform, Theerwasser etc.; die kürzeste Heilungszeit betrug 3 Wochen; geheilt wurden 6 Kranke, gebessert 9, nichtgebessert wurden und ausgeblieben sind 3. Die 25 Krankengeschichten sind im Original zu lesen. SCHECH.

28) **G. S. Ryerson** (Toronto). **Atrophische Rhinitis nebst Bemerkungen über Catarrh im Allgemeinen. (Rhinitis atrophica with remarks on catarrh in general.)** *The Canada Lancet. Januar 1886.*

Der Autor fügt unserer Liste der Formen von Rhinitis einige neue Varietäten hinzu: die congestive Rhinitis oder erectiler Catarrh (sic) und die ulcerative Rhinitis. Die Ozaena betrachtet er als eine Krankheit der Nebenhöhlen der Nase.

Unsere Kenntnisse von dem, was er eigentlich in seinem Artikel bespricht, werden nicht bereichert. Wenn die Behandlung systematisch durchgeführt wird (gründliche Reinigung der Nasenhöhlen, Stimulirung der Schleimhaut durch Arg. nitr. in Stärkepulver, Sanguinaria oder Galanga als Pulver, oder durch milde adstringirende Mineralwasser), so verspricht er ein befriedigendes Resultat. Ueber das grade, was als befriedigendes Resustat bei der atrophischen Rhinitis angesehen werden kann, werden die Meinungen wohl sehr differiren. Die meisten Autoritäten halten sie für thatsächlich unheilbar. LEFFERTS.

29) **M. Höfler** (Pölz). **Balneologische Studien aus dem Bade Krankenheil-Tölz.** München. Theodor Riedel. 1886.

Verf. hat sich zum Hauptgegenstand seiner ätiologischen Studien die Ozaena im weiteren Sinne gemacht. Die Zahl der beobachteten und genau beschriebenen Fälle betrifft 24; die Kranken standen alle im Alter von 4—14 Jahren; das weibliche Geschlecht ist mit 19, das männliche mit 5 Fällen betheiligt; die Ursachen waren 19mal Rhinit. chron.; 5mal Caries und Necrose der Nasenknochen; unter den 19 Fällen von Ozaena simplex war 7mal der Vater sicher syphilitisch, 5mal sehr syphilisverdächtig, 7mal war nur Scrofulose nachweisbar; 7mal war Eczem in der Familie vorhanden, 1mal war die Mutter syphilisverdächtig; unter den 5 Fällen von Ozaena ulcerosa (4 weibl., 1 männl.) war 4mal der Vater sicher syphilitisch, dabei 3mal auch die Mutter, 1mal konnte nur mütterliche Syphilis constatirt werden; acquirirte Syphilis konnte nicht eruirt werden.

So sehr auch diese Zahlen den Einfluss der väterlichen und mütterlichen Syphilis auf das Vorkommen der Ozaena simplex und ulcerosa nahezulegen scheinen, so wäre es nach des Verf.'s Ansicht doch übereilt, aus dem Nachweis der väterlichen oder mütterlichen Lues allein auch den ausschliesslichen syphilitischen Charakter der Ozaena ableiten zu wollen; Scrofulose kann auch dann Ursache der Ozaena sein, wenn der Vater des Kindes syphilitisch war oder ist, tertiäre Syphilis der Eltern rächt sich nicht immer wieder durch Syphilis, sondern auch dadurch, dass sie zur Scrofulose der Kinder ein prädisponirendes ätiologisches Moment abgibt; trotzdem muss man bei einem mit Ozaena behafteten Kinde stets nach Lues forschen.

Die weiteren sehr fleissig gearbeiteten Kapitel über die Differentialdiagnose der Syphilis hereditaria tarda und Scrofulose, über die Behandlung der hreditären Syphilis in Krankenheil, die Wirkung der Krankenheiler Trink- und Badecur bei Syphilis, die günstige Wirkung dieser Quelle bei Exsudaten der verschiedensten Natur, über einige seltenere und interessante Krankheitsfälle etc. stehen ausserhalb des Rahmens dieses Blattes und müssen deshalb im Original nachgelesen werden. SCHECH.

30) **Baumgarten** (Budapest). **Die Epistaxis und ihre Behandlung vom rhino-chirurgischen Standpunkte.** (47 Seiten.) Toeplitz u. Deuticke. Wien, 1886.

Es ist erfreulich, über eine Arbeit berichten zu können, welche, alles Bekannte zusammenfassend, doch viel selbsständiges Denken verräth.

Nach kurzer historischer Einleitung geht Verf. näher auf die Blutungen ein, die von der Nase erfolgen. Die Ursachen sind Verletzung, Arrosion, Brüchigkeit, Durchlässigkeit der Gefässwände und erhöhter Seitendruck auf die Gefässwand. Diese 5 Ursachen wirken entweder jede allein oder mehrere zusammen; die Blutung erfolgt dann entweder 1. bei einem Gesunden von einer Praedilectionsstelle. oder 2. als Symptom einer Nasenerkrankung, oder 3. als Symptom einer allgemeinen Erkrankung. Besondere Aufmerksamkeit wendet B. der Praedilectionsstelle zu; dieselbe zeichnet sich durch oberflächliche Lagerung eines Gefässes aus und sitzt meist vorn am Septum u. z. als kleines Knötchen, oder als flache Erosion oder als varicöse Prominenz. Seltener kommen Blutungen aus dem Boden der Nasenhöhle und am seltensten aus normalen Muscheln, häufiger dagegen aus acut geschwellten Muscheln mit zarter Oberfläche. Es wird nun des näheren auf diese Formen und die Ursache der Blutungen eingegangen und hervorgehoben, dass aus diesen Stellen auch bei gesunden Menschen die Epistaxis erfolgt, noch leichter aber bei solchen, die an allgemeinen Erkrankungen leiden.

Die 2. Gruppe umfasst die Nasenblutungen, welche durch Nasenerkrankungen veranlasst werden. Es werden dabei besprochen die Rhinitis acuta, atrophica, hypertrophica, traumatica, die Polypen, Papillome, Ulcerationen, Entozoen, je nach ihrer Fähigkeit besonders zu Epistaxis zu disponiren.

Bei der 3. Gruppe werden hervorgehoben die Anomalien der Blutmischung, die Atheromatose, die Plethora, die Stauung, die Infectionskrankheiten, Diphtheritis, und die vicariirenden Blutungen ebenfalls wieder in ihrem Verhältnisse zur Epistaxis.

Nach Beschreibung der verschiedenen Formen geht nun B. auf die Therapie über; dieselbe besteht in Anregung der Contraction der Gefässe, in Compression, in Ableitung, den Stypticis, der Tamponade und endlich in Aetzung der blutenden Stelle mittelst des Galvanocauters. B. gibt der letzteren, zuerst von dem Ref. angewandten Methode bei weitem den Vorzug, natürlich nur wenn es gelingt. die blutende Stelle zu finden. Sonst empfiehlt er die Tamponade mittelst eines langen Streifens von Jodoformgaze, ein Verfahren, welches auch Referent zur Stillung heftiger Epistaxis schon seit Jahren mit Erfolg anwendet und welches meistens die Bellocque'sche Röhre unnöthig macht.

Auf die sehr interessanten Details kann Ref. nicht näher eingehen und

möchte nur bemerken, dass das Studium des Originals wegen vieler praktischer Winke zu empfehlen ist. CHIARI.

31) **R. Antoni** (Nugola). **Ein neues Rhinobyon. (Un nuovo rinobyon.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola ect. No. 3. 1886.*

Das Instrument besteht aus einem Kautschukrohr von der Form des Bellocque-schen Röhrchens. Dasselbe ist von einer Gummiblase umgeben (analog der Trendelenburg'schen Trachealcanüle). Diese Blase wird, nachdem das Instrument bis zu der Choane eingeführt ist, mittelst eines kurzen, mit einem Ventil versehenen Röhrchens aufgeblasen. Der Vortheil ist, dass die Nasenathmung frei bleibt.

KURZ.

## c. Mundrachenhöhle.

32) **David Hansemann** (Kiel). **Ueber die Tuberculose der Mundschleimhaut.** *Virchow's Archiv. Bd. 103. S. 264.*

4 Fälle aus den Leipziger Kliniken der Professoren Thiersch u. Wagner.

I. 3jähriger Handarbeiter glaubt, dass er ein Revidiv eines früher bereits operirten Lippenkrebses habe. In der Umgebung der Narbe findet sich eine Verhärtung, deren Oberfläche, ulcerirt ist. Emphysem. Schmiercur und Jodkali. Keine Besserung. Der Eiter der Ulceration und das Sputum enthalten keine Tuberkelbacillen. Excision. Tod 2 Monate später. Die Obduction ergiebt: Tuberculose der Lungen, des Dünndarms, des Bauchfells und der Leber. Lobuläres Emphysem mit Bronchiectasien. Die mikroskopische Untersuchung des excidirten Stücks ergab zahlreiche Tuberkel und fast in jedem Schnitt Bacillen, aber immer nur vereinzelt.

II. 64jähriger Pastor. Schleimhaut der Oberlippe und linken Wange verdickt und geschwürig zerfallen. Die mikroscopische Untersuchung eines excidirten Stücks zeigte Tuberkel mit Riesenzellen und spärlichen Bacillen. Die Geschwulst wurde am 14. Januar 1885 operativ entfernt und vollständige Heilung erzielt, deren Bestand noch im Mai constatirt wurde.

III. 27 Jahre alter Oeconom. Constitutionell syphilitisch. Eitrige Rhinitis mit knötchenförmigen Prominenzen. Gingivitis. Palatum molle und durum grob granulirt und stellenweise ulcerirt. Pharyngitis purulenta. Adenitis colli. et cubital. Schmiercur, Jodkali und Sublimatpinselung ohne Erfolg. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Schleimhautstücks ergab die Diagnose: Tuberkulose. Es fanden sich deutliche Tuberkel mit äusserst spärlichen Bacillen, und zwar auch in den Schleimdrüsen. Die Affection bestand seit $^5/_4$ Jahren, ohne dass sich Lungentuberculose hinzugesellt hatte. Es spricht also der Verlauf und die mikroskopische Untersuchung für Lupus. Unter innerlicher Darreichung von Arsenik und Bepinselung mit Carbolsäure (3 Proc.) und Arg. nitric. (1 : 60) trat erhebliche Besserung ein.

IV. 26jähriger Tischler. An der Zungenspitze ein bohnengrosses, oberflächlich rissiges Geschwür, das sich mässig hart anfühlt und wenig Eiter secernirt. Spitzenaffection beider Lungen. Excision des Zungengeschwürs. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab Tuberkel mit zahlreichen Bacillen.

V. Aus Prof. Petersen's Klinik in Kiel. 65 Jahre alter Mann mit Lungentuberculose. Früher wegen „Krebs" an der Zungenspitze operirt. An der linken Wangenschleimhaut ein 10 Pfennigstück grosses Geschwür, welches exstirpirt wurde und dessen mikroskopische Untersuchung den Befund der Tuberkulose ergab.

Ref. möchte besonders den Umstand betonen, dass in den mitgetheilten Fällen die Untersuchung des den Ulcerationen entnommenen Secrets auf Tuberkelbacillen negativ ausfiel. Es steht dies mit des Ref. und Anderer Erfahrung bei Pharynxtuberkulose in directem Gegensatz, und ist der Grund, weshalb Verf. den Rath giebt, in zweifelhaften Fällen Stücke zu excidiren und mikroskopisch zu untersuchen, um die Diagnose zu sichern. B. FRAENKEL.

33) **Lauschmann** (Pest). **Tuberculosis mucosae oris.** *Gyogyaszat. No. 18. 1886.*

3 Fälle von Tuberkulose der Mundschleimhaut, der Zunge bei Anwesenheit von Lungenphthise. Nachweis von Bacillen im Secrete. Die Schmerzhaftigkeit wird durch 5proc. Papayotinlösung vermindert. BAUMGARTEN (CHIARI).

34) **E. Wagner. Die Erkrankungen des weichen Gaumens im Abdominaltyphus.** Aus der Arbeit: **Zur Kenntniss des Abdominaltyphus.** *Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 37. Heft 3 u. 4. S. 201. 1885.*

Erkrankungen des weichen Gaumens kommen bei Typhus ziemlich häufig vor, doch ist eine Statistik kaum möglich; der Grund kann liegen sowohl in der grossen Aehnlichkeit der anatomischen Beschaffenheit des weichen Gaumens und des Darms, als auch in der leichtern Erkrankungsfähigkeit der Tonsillen. Am häufigsten sind gewöhnliche Catarrhe in den ersten Krankheitswochen bisweilen mit so überwiegend lokalen Symptomen, dass die Krankheit als Angina angesehen wird. Verf. behauptet, die Typhen begönnen gegen früher jetzt häufiger mit Anginen nach C. F. W. Hoffmann unter 255 Fällen 28 mal. Seltener entwickeln sich parenchymatöse Entzündungen, mit Gangrän der Uvula etc. Ferner kommt im Verlaufe des Typhus die sogenannte cachektische Angina — Angine pultacée — vor; sie ist relativ häufiger auf der Höhe der Krankheit. Vesiculäre und aphthöse Anginen sind äusserst selten. Die lacunäre und folliculäre Angina scheint den Typhus selten einzuleiten, doch beobachtete W. einen solchen Fall. Croupöse und diphtheritische Anginen werden fast nur auf der Höhe oder im Abfall der Krankheit beobachtet: wahrscheinlich entsteht hierdurch Infection, da Typhöse wie auch Culmont bestätigt, mehr als andere Kranke disponirt sind. Endlich gibt es auch eine spezifisch typhöse Angina, die so charakteristisch ist, dass sie sofort auffällt. Im Anfange des Typhus finden sich auf dem Gaumen resp. Gaumenbögen zwei oder bis sechs, runde oder ovale, bis über linsengrosse, grauweisse Geschwüre von scharfer Begrenzung mit weniger oder stärkerer Röthung ihrer Umgebung; von ihrer Oberfläche lassen sich weisse Blutkörperchen, Plattenepithelien und Microorganismen, aber keine Typhusbacillen abkratzen; die Tonsillen sind normal oder schwach diffus geschwollen, frei von Geschwüren; die Affection macht nur mässige Schlingbeschwerden; Lymphdrüsen nicht oder wenig geschwollen. In den nächsten Tagen bleiben die Geschwüre meist unverändert, seltener wachsen

sie langsam oder confluiren; gewöhnlich werden sie nicht merklich tiefer. Nach 1—1 $^1/_2$ wöchentlicher Dauer tritt vom Rande aus eine Epithelbildung ein und in wenigen Tage sind die Geschwüre ohne Narbe geheilt. Die von W. beobachteten Fälle sind im Original nachzulesen. SCHECH.

35) **Giné** (Barcelona). **Uranostomatoscopia frenopàtica.** *La Independencia Médica (Barcelona)* und *El Siglo Medico. No. 1688. p. 284* und *La Independencia Médica (Barcelona). 1886.*

Autor behauptet, dass in allen Fällen von mangelhafter geistiger Entwicklung, selbst bei noch nicht sehr ausgesprochenen Fällen (wie bei in der Geistesentwicklung zurückgebliebenen Kinder) bis zu den markirtesten Fällen (Idioten etc.) im Centrum des Gaumengewölbes eine Depression, resp. mehr oder weniger tiefe Grube angetroffen werde.

Diese Depression habe ihre grösste Tiefe in dem Punkte, in welchem die beiden Oberkieferknochen, die 2 Gaumenbeine und der Vomer zusammenstossen.

Die fossa supra-maxillo-palatina findet sich in der 1. Kinderperiode bereits ausgeprägt, zeigt dieselbe sich in dieser Periode schon auffallend tief, so sei fast bestimmt eine Störung der geistigen Entwicklung oder Idiotismus zu prognosticiren, und die Schwere der geistigen Störung stehe im Verhältnisse zur Tiefe dieser Grube.

Autor verspricht, künftig genaue vergleichende Messungen der Tiefenverhältnisse dieser Grube anzustellen, vermittelst Abgüsse mit einer Paste, wie sie die Zahnärzte benutzen, und zweifelt nicht, dass das Genie bald einen Uranometer erfinden werde, womit der relative und absolute Werth einer uranostomatoscopia frenopàtica demonstrirt werde. KISPERT.

36) **Paulsen** (Kiel). **Zellvermehrung und ihre Begleitungserscheinungen in hyperplastischen Lymphdrüsen und Tonsillen.** *Archiv f. mikroscop. Anatomie. Bd. 24. 1885.*

P. untersuchte eine stark veränderte hyperplastische Inguinaldrüse, ferner hypertrophische Rachen- und Gaumentonsillen auf die von Flemming so benannten Secundärknötchen. Am spärlichsten zeigten sich diese Gebilde in der Inguinaldrüse, zahlreicher in der Rachentonsille, am zahlreichsten in den Gaumenmandeln. Die Untersuchungen P.'s bestätigten also jene von Ph. Stöhr. Die Details sind im Original nachzusehen. SCHECH.

37) **Drews. Zellvermehrung in der Tonsilla palatina bei Erwachsenen.** *Archiv f. mikroscop. Anat. Bd. 24. 1885.*

D. untersuchte, ob auch in den Tonsillenfollikeln locale Anhäufungen von Zelltheilungen, die sogenannten Keimcentren vorliegen und ob die Flemming'sche Hypothese von der allmählichen Entstehung und dem Wiederverschwinden dieser Keimcentren auch auf die Tonsillen anwendbar sei. Er fand bei erwachsenen Thieren in dem dicht- und kleinzelligen Gewebe der Tonsillen Secundärknötchen in unregelmässiger Vertheilung und von verschiedener Grösse; dieselben haben an Tinctionspräparaten theils hellere, theils dunklere Gesammtfärbung als die Umgebung; in ersterem Falle finden sich zahlreiche Mitosen, die

sich ebenso verhalten wie die von Flemming in den Lymphdrüsen gefundenen: auch die Flemming'schen tingiblen Körper konnte D. in den Secundärknoten der Bacillen nachweisen. SCHECH.

38) R. Rovira y Olivor (Barcelona). **Die einfache Tonsillitis und doppelt-kohlensaures Natron. (La Amigdalitis simple y el Bicarbonato sodico.)** *El Siglo Medico. No. 1688. 2. Mai 1886.*

Diese Arbeit schliesst sich der von mir in N. 8. 1885 (33) dieses Centralblattes referirten an. Es werden wiederum einige Krankengeschichten aufgeführt.

Das Resumé lautet:

Pathologische und klinische Gründe lassen die einfache Amygdalitis eintheilen, in:

1. Amygdalitiden, welche von Anfang bis Ende oberflächliche, catarrhalische sind.
2. A. welche oberflächlich beginnen, in ihrem weiteren Verlaufe aber parenchymatös werden.
3. A. welche von Beginn an parenchymatös verlaufen.

Betreffs des Natr. bicarb. vertritt er seine frühere Ansicht, dass dasselbe den Adstringentien nachstehe, und nur nützlich sei, wenn das Stroma nicht erkrankt. KISPERT.

39) **Dubousquet-Laborderie. Ueber infectiöse Tonsillitis und deren Behandlung. (Des amygdalites infectieuses et de leur traitement.)** *Bulletin gén. de thérapeutique. No. 1. 15. Januar 1886.*

Zwei Fälle von Tonsillitis, die unter heftigen Fiebererscheinungen und mit Albuminurie einhergingen, werden angeführt. Der Autor theilt die Ansicht Landouzy's (siehe Centralblatt II. p. 494), dass es sich in diesen Fällen um die Aufnahme eines Infectionsstoffes durch die Mandeln handle. Die Therapie entsprechend dieser Anschauung bestehe local in Ignipunktur der Tonsillen und deren Pinselung mit antiseptischen Lösungen und in Chinin- und Resorcingaben innerlich. E. J. MOURE.

40) **J. S. Geigley. Schwellung der Tonsillen. (Enlarged tonsils.)** *Peoria Med. Monthly. Nov. 1885.*

Der Autor empfiehlt die Excision und zieht ein spitzes Bistouri dem Tonsillotom vor. Er wendet dabei ein Anästheticum an. LEFFERTS.

41) **R. Filloux. Ueber die Ulcerationen der Tonsille. (Des ulcérations de l'amygdale.)** *Thèse. 2. Februar 1886.* Paris. A. Parent.

F. studirt eine jede an den Tonsillen vorkommende Geschwürsart für sich und resumirt alsdann deren Charaktere.

Er kommt zu dem Schlusse, dass man bei der Diagnose viel mehr den begleitenden Symptomen, als dem Aussehen der Geschwüre selbst trauen solle. Es werden 3 Beobachtungen beigebracht: ein Fall von phlegmonöser Amygdalitis, der für einen indirecten Chanker gehalten worden war und 2 Fälle von Epithelioma der Tonsille. E. J. MOURE.

42) **A. Robin** und **Juhel-Rénoy. Ueber Syphilis der Tonsillen von diphtheroider Form. (De la syphilis amygdalienne à forme dyphthéroïde.)** *Gazette méd. de Paris. No. 1 u. 2. 2. und 9. Januar 1886.*

J.-R. giebt einen klinischen Vortrag Robin's über obigen Gegenstand wieder. Ausgangspunkt des Vortrages bildete ein Fall, der im ersten Augenblicke für Rachendiphtherie gehalten worden war. Es werden die differential-diagnostischen Merkmale zwischen primärer und secundärer Syphilis der Tonsillen und zwischen Diphtherie derselben genau besprochen. E. J. MOURE.

43) **Barette. Amygdalotomie, ihre Indicationen und verschiedenen Methoden. (Amygdalotomie, ses indications, ses divers procédés d'exécution.)** *Concours méd. No. 4. 22. Januar 1886.*

Unvollständiges Resumé der über diesen Gegenstand handelnden Arbeiten von Saint-Germain, Semon und Schiffers. E. J. MOURE.

## d. Diphtheritis und Croup.

44) **Stadnitzki** (Nicolaewsk am Amur). **Ueber Diphtheritis und deren Behandlung. (O diphtherite i gewo letschenii etc.)** *Woenn. med. journ. Bd. I. 1886.*

In Nicolaewsk war bis zum Jahre 1884 die Diphtheritis ganz unbekannt, Dank der gesunden hygienischen und isolirten Lage dieser Stadt. Dorthin verschleppt wurde diese Krankheit durch durchziehende Truppen. Da in dieser Stadt keine statistischen Daten gesammelt werden, so kann S. nur von seinen eigenen Beobachtungen reden. Er beobachtete in 4 Monaten 26 Fälle, davon 11 Erwachsene und 15 Kinder; gestorben sind davon 6 Kinder. Verf. hält dieses Resultat für ein glänzendes und kann dasselbe nur seiner Behandlungsmethode zuschreiben.

Mit dieser Methode übernimmt es Verf., jeden Fall von Diphtheritis zu heilen, falls derselbe am ersten Tage der Erkrankung in Behandlung kommt! Sein so glänzendes Heilverfahren besteht in innerlichem Gebrauche von grossen Dosen Chinin und in Pinselungen des Rachens mit Eisenchlorid. (1 : 4—6 mal täglich).

Wenn Verf. in seinen Auseinandersetzungen und Betrachtungen über das Wesen der Diphtheritis, die Desinfection und die Litteratur der Diphtheritis eine naive Unkenntniss zu Tage fördert und schon längst bekannte Thatsachen neu entdeckt zu haben glaubt, so wollen wir mit ihm nicht rechten und bedenken, dass er im entferntesten Osten von Sibirien, weit von allen Verbindungen mit der civilisirten Welt, seine Beobachtungen gesammelt hat, wo er oft mit dem rohesten Aberglauben kämpfen musste. LUNIN.

45) **Samuel W. Smith. Therapie der Diphtherie. (Diphtheria and its treatment.)** *New-York Med. Record. 27. März 1886.*

Die Behandlung besteht:

1. in ergiebiger Bespülung der afficirten Theile mit einer Solution aus 1 Theelöffel Kochsalz auf $^1/_2$ Liter lauwarmen Wassers, indem man dieselbe

mittelst einer gewöhnlichen Ohrenspritze zweistündlich dem Patienten in die Nase und den Hals einspritzt. Dieser Salzlösung füge man 4—8 Gr. Borax hinzu.

2. Mit einem Handzerstäuber wird folgende Mischung angewandt und zwar ½ stündlich: Aq. Calc, 120,0, Acid. carb. gtt X.

3. Innerlich: Tinct. ferr. chlorat. mit Glycerin, halbstündlich mit Kali chloric. abwechselnd. LEFFERTS.

46) **M. Iglesias y Diaz** (Madrid) **Bemerkungen über die Behandlung der Diphtheritis etc. (Nota sobre el tratamiento de la difteria, con motivo de un caso gravisimo de dicha enfermedad, terminado por la curacion: Leida en la real Academia de Medicina, en la secion de 1. de Mayo del anno actual.)** *El Siglo médico. No. 1689. p. 290—292.*

Ein schwerer Fall von Diphtherie bei einem 5jährigen Mädchen, der in Heilung ausging, wird besprochen und die Behandlungsweise mitgetheilt. A. bemerkt dann, dass in der Behandlungsweise der Diphtherie noch grosse Uneinigkeit unter den Aerzten bestehe, und glaubt nach seinen Erfahrungen folgende Therapie empfehlen zu sollen:

Vor Allem tonisirende und stimulirende Mittel, Chinin, Wein, Aether, Kaffee und Thee, ferner Ipecacuanha à dosis emética öfter wiederholend; örtlich Adstringentien etc., Mercurialsalbe mit Extr. Bellad.

Die Tracheotomie glaubt er nur ausnahmsweise angezeigt. KISPERT.

47) **Wm. J. Crittenden. Therapie der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Virginia Med. Monthly. April 1886.*

Der Autor empfiehlt wohlbekannte Mittel und ist, wenn wir nach dieser Arbeit urtheilen dürfen, ein eifriger Anhänger sehr vieler Heilmittel.

LEFFERTS.

48) **Selldén** (Schweden). **Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Quecksilbercyanid. (Om Difterins behandling med Quicksilfercyanid.)** Dissertation. 93 Seiten. Stockholm, 1886.

V. beschreibt zuerst die Krankheit in historischer, ätiologischer und symptomatischer Beziehung, und giebt zuletzt die Resultate, die er durch eine Quecksilbercyanidbehandlung erreicht hat. Seine Therapie besteht in Gurgelungen mit einer Hg. Cy.-Lösung (Cyanet hydrarg. 0,04, Aqv. menth. piperit. Gr. 400) und in der Darreichung einer Hg. Cy.-Aconit Mixtur von folgender Zusammensetzung:

| | |
|---|---|
| Cyanet. hydrarg. | 0,02, |
| Tinct. Aconit. | 2,00, |
| Mel. crud. | 50,00, |
| Aq. destill. | 150,00, |

1 Theelöffel jede Stunde Tag und Nacht.

Auf diese Weise hat der Verf. von 1881—1885 und in 2 verschiedenen schwedischen Provinzen mehr als 156 Fälle von wirklicher Diphtherie behandelt und nur 4 Patienten (von diesen 4 sind 3 überhaupt zu spät in Behandlung gekommen) verloren. SCHMIEGELOW.

49) **Hofmokl** (Wien). **Ueber die Behandlung der Diphtheritis mit Hydrogenium supraoxydatum.** *Wiener med. Presse. No. 18 u. 19. 1886.*

Dieses Mittel diffundirt rasch durch thierische Membranen, zersetzt sich schnell in Berührung mit Eiweisskörpern, veranlasst auch bei interner Verabreichung leichte Temperatur-Steigerung, so dass man annehmen muss, dass dem Blute ein gewisses Quantum von freiem Sauerstoff zugeführt wird; endlich zerstört es die Impfbarkeit gewisser thierischer Exsudate. H. war durch Vogelsang's Empfehlung auf dieses Mittel aufmerksam gemacht und erwartete eben von seiner oxydirenden Eigenschaft günstige Wirkung gegen Diphtheritis. Er versuchte es in 47 Fällen und sah 33 Heilungen und 14 Todesfälle (bei 25 Tracheotomien, von denen 15 genasen). Ohne zu verhehlen, dass die Zahl der Fälle zu gering ist für allgemeine Folgerungen, hält H. das Mittel für ein gutes, unschädliches, aber durchaus für kein Specificum gegen diese Krankheit. Es wurde innerlich und als Inhalation angewendet; Rep. Hydrogen. supraoxydat (2pCt.) 200,00, Glycerini puri 3,00, Ds. 2stündlich 1 Theelöffel oder Inhalation. Ueber die Wirkung berichtet H.: Die Membranen lösen sich leichter, das Recidiviren derselben wird aber nicht verhindert, der Appetit wird gesteigert, wenn auch manchmal Erbrechen auftritt. Die Temperatursteigerung, die das Mittel verursacht, ist gering. Hofmokl empfiehlt daher das Mittel zu weitern Versuchen.

CHIARI.

50) **F. Gomez de la Mata***) (Madrid). **Behandlung der Diphtheritis und des Croups. (Tratamiento de la angina diftérita y crup.)** *Gaceta de oftalmologia, otologia y laringologia. No. 7. 1886.*

Bei Beginn der Erkrankung wendet G. mit Vorliebe locale Applicationen von Milchsäure, Carbol und Glycerin etc. an. Wenn jedoch trotz dieser Behandlung die Pseudomembranen sich nicht lösen, dann schreitet er zu einem Brechmittel, jedoch nie Brechweinstein, ferner Pilocarpin. Ausser diesen Mitteln lässt er 3 mal täglich Hals, Brust und Rücken mit einer Camphersalbe einreiben und verordnet kräftige Ernährung. Die Wohnung soll gut ventilirt sein, und die Luft mit Carboldämpfe geschwängert. Diess das wesentlichste.

Ueber die Tracheotomie will er sich in einer nächst erscheinenden Arbeit aussprechen.

KISPERT.

51) **Charles J. Lewis. Diphtherie wie eine Entzündung behandelt. (Diphtheria treated as an inflammation.)** *Physician and Surgeon. Ann. Arbor. Michigan, April 1886.*

Die Diphterie ist eine local entzündliche Krankheit, die schnell constitutionell wird, sobald die Nieren ergriffen werden. Da sich eine Entzündung dieser Organe leicht entwickelt, so werden die Verunreinigungen des venösen Blutes, die Ent-

*) Autor dieser Arbeit ist Director der Gaceta de oftalmologia, otologia y laringologia und ist der einzige spanische College, welcher mir sein Fachblatt bereitwilligst zur Verfügung stellte. Ich spreche demselben auch an diesem Orte meinen besten Dank aus und erwähne seine Freundlichkeit umsomehr, als die Herren Directoren der zwei anderen spanischen Fachblätter, trotz wiederholter Bitten, mir dieselben nicht zur Verfügung stellten, noch antworteten.

zündungsprodukte, wie zersetztes lösliches Albumen und die normalen Excrete des Körpers ungebührlich lange Zeit im Organismus zurückgehalten. Dieser krankhafte Zustand offenbart sich bald durch die tiefe Oppression, welche er herbeiführt.

Aconit, Opium, Belladonna und Kali chloric. unterstützen die Excretionsorgane in der erfolgreichen Absonderung der verbrauchten Bestandtheile aus dem venösen Blut, welche sonst beständig gleichmässig sich vermehren und schützen dadurch alle Theile des Organismus vor tödtlicher Schädigung.

Bei der Larynxdiphtherie werden die die Entzündungspunkte tragenden Gewebe in ihrem Bestreben, die Exsudate auszustossen, in wirksamer Weise dadurch unterstützt, dass man zu der antiphlogistischen Behandlung Salmiak und Belladonna mittelst des Dampfzerstäubers hinzufügt.

Diphtherie ist heilbar, sagt der Autor zum Schluss. LEFFERTS.

52) **Bouchard** (Saumur). **Diphtherie. Behandlung mit antiseptischen Dämpfen. Tod. (Diphtérie. Traitement par les vapeurs antiseptiques. Mort.)** *Gaz. des hôpitaux. No. 47. 20. April 1886.*

Der Fall betraf ein 27 Monate altes Kind, behaftet mit foudroyant verlaufender Diphtherie, gegen welche weder antiseptische Dämpfe noch Tracheotomie etwas ausrichten konnten. E. J. MOURE.

53) **Engelmann** (Kreuznach). **Ueber die antiseptische Wirkung des Essigs und seine Verwendung bei der Behandlung der Diphtheritis.** *Centralblatt für klin. Med. No. 14. 1886.*

Die Wirkung des theils offizinellen, theils käuflichen Essigs übertrifft nach des Verf.'s Untersuchung die der 5 pCt. Carbolsäure, ein Zusatz von 3—10 Essig genügt, um das Wachsthum der Mikroorganismen völlig abzuschneiden. Er benützt das officinelle Präparat innerlich 1 : 4, als Gurgelwasser 1 : 2 selbst verdünnt, als Spray 1 : 2—3, zum Pinseln verdünnt. Die praktischen Erfolge des Verf. fordern zu weiterer Prüfung auf. SCHECH.

54) **Lenaerts** (Lonhoven). **Behandlung der Diphtheritis mit Kali aceticum. (Traitement de la diphtérie par l'Acetate de Potasse.)** *Revue médicale. Louvain, Fevrier 1886.*

Dank seiner Behandlung, die der Autor in 56 Fällen ausgesprochener Diphtheritis, darunter mehreren Fällen von Larynxdiphtheritis, mit Erfolg angewandt hat, will er seit 21 Jahren keinen einzigen Patienten mehr an dieser fürchterlichen Krankheit verloren haben. Das Mittel wird in der Dosis von 3—8 g mit etwas Quinquina und Syr. Rhei spl. oder composit. combinirt verabreicht. Die Behandlung wird mit Ipecacuanh. bis zum Erbrechen eingeleitet, und wenn Membranen die Luftwege obstruiren und Asphyxie droht, so wird eine Cauterisation mit Acid. muriat. fumans (!) vorgenommen. Ausser seiner curativen Wirkung wendet der Autor das Mittel noch als Prophylacticum an und kann versichern, dass dabei die Krankheit immer auf ein einziges Individuum im gleichen Hause beschränkt blieb. (Somit wäre es gefunden, das heissersehnte Mittel!)

BAYER.

55) E. W. Saunders (St. Louis). **Trypsin gegen Diphtherie. (Trypsin in diphtheria.)** *New-York Med. Record. 24. April 1886.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

56) Chas. C. Turpin. **Therapie der diphtheritischen Angina. (Treatment of diphtheritic angina.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. März 1886.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

57) Heyder. **Zur Therapie der Rachendiphtherie.** *Centralblatt für klin. Med. No. 12. 1886.*

Wunderbare Erfolge von der inneren Darreichung des Kali chloricum, auf das Verf. verdünnte Salzsäure 2 : 100 folgen lässt; gleichzeitig starke Weine; von 250 innerhalb $2^1/_2$ Jahren beobachteten Fällen starben nur 7, also 2 pCt., und diese nur an Complicationen!! SCHECH.

58) C. L. Stepp (Nürnberg). **Behandlung der Diphtherie mit Jodkalium.** *Dtsch. med. Wochenschr. No. 9. 1886.*

16 zum Theil schwere Fälle von Diphtheria faucium wurden glücklich mit grossen Dosen Jodkali behandelt. Dosirung: Für die ersten 3 Lebensjahre eine 2—4 pCt. Lösung, für das spätere Kindesalter 4—10 pCt.; stündlich 1 Esslöffel. Ein 9 Jahre alter Knabe hatte in 10 Tagen 50,0 Jodkalium verbraucht.

B. FRAENKEL.

59) Hesse. **Cautelen und Contraindicationen der Bromanwendung bei Diphtherie.** *Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 38. Heft 4 u. 5. 24. März 1886.*

Verf. erblickt in dem Brom ein sehr wirksames Mittel gegen Diphtherie, das jedoch nur mit Vorsicht angewendet werden dürfe; seine Wirkung ist eine antiparasitäre und membranlockernde, es erzeugt aber auf der Schleimhaut eine starke Congestion. Bepinselungen verwirft Verf. vollständig, und wendet nur Inhalationen an (Bromi puri., Kali brom. an 0,5—1,0, Aq. destill. 200,0); er giesst $^1/_2$ Theelöffel dieser frisch bereiteten Masse auf ein in einem Inhalircylinder befindliches Stück Fensterschwamm und lässt das eine Ende an den Mund halten; in schweren Fällen sollen $^1/_4$—$^1/_2$ stündliche Einathmungen 36—48 Stunden lang gemacht werden. Die Mitbetheiligung des Larynx sowie der Bronchien verbietet die Anwendung des Broms; prophylactisch wird die Eiscravatte empfohlen.

SCHECH.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

60) Paul Strübing. **Die Laryngitis hämorrhagica.** Mit einer Farbentafel. Wiesbaden. Bergmann. 1886.

St. macht die Laryngitis hämorrhagica zum Gegenstand einer sehr eingehenden und höchst lesenswerthen Studie. Er hält dieselbe für eine eigene Art von Laryngitis, will jedoch jede geringfügigere und vorübergehende capilläre Blutung im Verlaufe eines acuten Katarrhs davon ausgeschlossen wissen. Das Charakteristische der Affection sind die Blutungen bei unverletzter Schleimhaut, wobei es gleichgiltig ist, ob die Blutung auf die freie Fläche oder unter die Schleimhaut erfolgt. Stepanow lässt bekanntlich nur jene Fälle gelten,

bei denen freie Blutungen vorkommen. Die Blutungen nach Ueberanstrengung der Stimme, sowie jene, welche bei der Laryngitis sicca durch Borken erzeugt werden, will Verf. gleichfalls nicht zur L. h. gerechnet wissen. Ein ausführlich mitgetheilter Fall eigener Beobachtung, sowie die Schilderung der früher von Fränkel, Böcker, Stepanow u. A. publicirten Fälle müssen im Original nachgesehen werden. Die Intensität der Blutung ist wechselnd, meist ist sie geringfügig und auf der entzündeten Schleimhaut sind nur kleine Blutpunkte oder im Sputum Blutstreifen bemerkbar, zuweilen ist die Blutung sehr beträchtlich, einen Esslöffel bis eine Tasse betragend, und in unregelmässigen Intervallen wiederkehrend. Das auf die Schleimhaut ergossene Blut gerinnt zu kleineren und grösseren, selbst Larynxstenose erzeugenden Gerinnseln, doch ist Tracheotomie kaum nöthig. Brüchigkeit der Gefässe spielt bei der L. h. eine grosse Rolle. Therapeutisch hat man sich jeglichen Eingriffes zu enthalten, der eine, wenn auch noch so geringe mechanische Reizung der Schleimhaut zur Folge haben könnte.

Im Ganzen wird sich die Behandlung darauf beschränken müssen, durch reichliche, auch zur Nachtzeit vorgenommene Inhalationen die Gerinnsel zu lockern und wegzuschwemmen. Verf. verwendete auch Inhalationen von Tannin, sowie Einathmung von Terpentin und Ol. Eucalypti mit der Hausmann'schen Maske, und empfiehlt Milderung des Hustens durch Narcotica, absolute Ruhe des Stimmorgans, Ableitung auf den Darm. Das Schriftchen sei nochmals bestens empfohlen. SCHECH.

61) Fasano (Neapel). **Zwei merkwürdige Fälle von Kehlkopf-Erysipelas nebst Bemerkungen über die Aetiologie dieser Krankheit.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1886.*

F. kommt ebenso wie Massei (vergl. die Besprechung in der letzten Nummer) zu dem Schlusse, dass manche Formen von Larynxödem als Erysipele zu betrachten seien. Während Massei keine bacteriologischen Untersuchungen machte, gelang es dem Verf. in einem tödtlich ausgelaufenen Falle, in den geschwellten Partien die unzweifelhaften Fehleisen'schen Erysipelcoccen nachzuweisen. Ein zweiter Kranker, der Onkel des ersterwähnten Patienten, welcher denselben pflegte, erkrankte gleichfalls unter heftigen Fiebererscheinungen und colossaler ödematöser Infiltration des lig. aryepigl. und des Kehldeckels, genas aber nach einigen Tägen vollständig. Die Symptome; Fieber, Schluckbeschwerden, Dyspnoe, sind genau dieselben, wie sie auch in Massei's Monographie erwähnt werden; auch die Eisbehandlung erwies sich sehr wirkungsvoll; in dem tödtlich abgelaufenen Falle hatte sich ebenso, wie in einem von Massei beschriebenen, das Erysipel auf die Lunge fortgepflanzt.

(Auch Ref. hat in den letzten Monaten zwei hierher gehörige Fälle acuten Larynxerysipels — einmal an der ganzen Epiglottis bei einer Dame und einmal halbseitig am Lig. aryepigl. und linken Taschenstimmband bei einem Herrn — genau unter den oben erwähnten Erscheinungen auftreten und unter innerer und äusserer Eisbehandlung heilen sehen. In dem letzteren Falle war das Oedem so

bedrohlich, dass Ref. dasselbe mit einem Lanzenmesser über dem Lig. aryepigl. spaltete, worauf die Geschwulst rasch collabirte.) SCHECH.

62) **Gennaro de Luca. Ein merkwürdiger Fall von Lungenrose.** *Prager med. Wochenschrift. No. 10. 1886.*

Ein 40jähriger kräftiger Mann erkrankte nach einer durchschwärmten Nacht plötzlich an Fieber, Husten, Athemnoth, Cyanose und Erscheinungen beginnender Pneumonie des linken unteren Lungenlappens. Am 5. Tage Nachlass aller Erscheinungen; am 6. Tage dieselben Erscheinungen am linken oberen Lungenlappen; dann am 8. Tage wieder Remission; am 9. wird in derselben Weise der rechte obere Lappen ergriffen und am 10. tritt colossale Schwellung und Röthung des Aditus laryngis ein; am 10. Abends Tod unter Schwäche und Erstickungs-Erscheinungen. Tracheotomie wird ebenso, wie später Autopsie, nicht gestattet.

G. weist auf die Seltenheit dieser Pneumonia migrans hin und auf den eigenthümlichen Verlauf, der sie von der Pneumonia crouposa unterscheidet, nämlich auf die sprungweise Ausbreitung, auf die öftere scheinbare Resolution und den Ausgang von einer umschriebenen Stelle. Die Milzanschwellung fehlte ebenfalls nicht. Besonders merkwürdig macht seinen Fall das aufsteigende Ueberwandern auf den Kehlkopf. Als Ursache nimmt G. die Parasiten des Erysipels an. CHIARI.

63) **J. D. Arnold. Catheterismus des Larynx. (Tubage of the larynx.)** *Pacific Med. and Surg. Journal. Febr. 1886.*

Nach einer kurzen aber interessanten historischen Skizze über die Entwicklung der Operation beschreibt der Autor die chronischen Veränderungen, welche zu einer Stenose der oberen Luftwege führen können und deren Behandlung mit den dilatirenden Schroetter'schen Sonden. Whistler's gedecktes Messer kann zur Spaltung von Narben von Nutzen sein. Hierauf betrachtet er die acute Stenose in Folge von Oedem, die membranösen Krankheiten etc. und die Experimente und Erfahrungen von O'Dwyer, und liefert Excerpte aus dessen Publicationen. Der Autor zweifelt daran, ob von dieser Operation bei der Diphtherie viel zu erwarten ist; er verspricht sich aber um so mehr davon bei einfachem Croup. Er fügt hinzu, dass sie sicherlich den vollkommensten und unschädlichsten Ersatz bildet, der je an Stelle der Tracheotomie empfohlen wurde. LEFFERTS.

64) **A. Jacobson** (Petersburg). **Ueber einige Vorzüge der intralaryngealen Behandlung der Kehlkopfstenosen. (O nekotorich preimutschestwach endolaryngealnawo letschenia stenosow gortani.)** *Geschew klin. Gaz. No. 29 u. 30. 1885.*

Veröffentlichung eines Falles, in dem der Vorzug der intralaryngealen Behandlung darin besteht, dass eine Membran aus Narbengewebe, die nach einer Perichondritis sich entwickelt hatte und diaphragmaartig das Kehlkopflumen verschloss, durch die Dilatationsbougies bis zur Trachealfistel herabgedrängt wurde, wodurch die wahre Ursache der Larynxstenose erklärt wurde. Mit dem Kehlkopfspiegel war dieses Hinderniss nicht sichtbar, weil ausserdem die beiden Aryknorpel in der Phonationsstellung anchylosirt waren. Nach Entfernung dieser

Membran und einer längere Zeit fortgesetzten Behandlung mit den Bougies und Zinnbolzen konnte Patient frei durch den Kehlkopf athmen. LUNIN.

65) **E. Fletcher Ingals. Catheterismus der Glottis. (Intubation of the glottis.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 6. Febr. 1886.*

Dr. Ingals führte den Catheterismus in zwei Fällen aus und, wiewohl beide Patienten starben, so ist er dennoch von diesem Verfahren sehr eingenommen.

Die Operation ist so leicht auszuführen, so frei von Gefahr, beseitigt so prompt schwere Symptome, dass Dr. Ingals der Ansicht ist, sie werde ein regelmässiges therapeutisches Verfahren bei den praktischen Aerzten werden.

Er sagt: „Nach unserem gegenwärtigen Standpunkt scheint die Tubage der Glottis für folgende Fälle geeignet zu sein:"

1. Bei diphtheritischer und croupöser Stenose des Larynx, wenn sie Kinder unter $3^1/_2$ Jahren betrifft.

2. Bei älteren Kindern mit gleicher Affection dann, wenn der Arzt aus irgend einem Grunde die Tracheotomie aufschieben will.

3. In solchen Fällen, wo die Einwilligung zur Tracheotomie nicht zu erlangen ist.

4. In solchen Fällen, wo eine geeignete Pflegerin nicht zu beschaffen ist,

5. In schweren Fällen von spasmodischem Croup bei Kindern unter 10 Jahren.

6, Bei einfacher, nicht diphtheritischer Larynxstenose bei Kindern.

7. Mit genügend grossen Sonden kann auch bei Erwachsenen in den verschiedenen Formen der Larynxstenose die Tubage von Werth sein. LEFFERTS.

66) **Kraus** (Prag). **Amyloidtumoren.** Demonstration von Präparaten aus dem Prager pathologischen Museum. Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 4. Juni 1886. *Prager med. Wochenschrift. No. 23. 1886.*

Es sind dies complexe, hyaline und amyloide Gewebselemente enthaltende Neubildungen von der Conjunctiva, der Zunge und aus der Trachea. Der Tumor der Trachea ist gebildet von einem proliferirenden Bindegewebe, dessen Zwischengewebe sehr frühzeitig amyloiden Charakter angenommen hat. CHIARI.

67) **Sehrwald** (Jena). **Ueber die percutane Injection von Flüssigkeiten in die Trachea, deren Verbreitung in die Lunge und Wirkung auf Lunge und Gesammtorganismus.** *Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 39. S. 162. 1886.*

Die in Bezug auf die eventuelle Behandlung der Phthise angestellten Vorversuche ergaben folgendes Resultat:

1. Das Einstechen der Canüle einer Pravaz'schen Spritze in die Trachea des Hundes ist bei genügender Desinfection ungefährlich, leicht und fast schmerzlos auszuführen.

2. Meist tritt reactiver Husten auf; derselbe lässt sich durch Erwärmen der Injectionsflüssigkeit auf Körpertemperatur, oder sehr langsame Injection, oder die Narcose etc. völlig ausschalten.

3. Für einen Hund von 16 Pfd. Gewicht sind 10—25 g einer indifferenten



Flüssigkeit völlig bedeutungslos; 100 g werden noch gut ertragen, 250,0 g bilden die obere Gränze, die sich durch Gewöhnung bis auf 775 g steigern lässt.

3. Von den Antisepticis gehören in noch wirksamer Verdünnung zu den indifferenten Flüssigkeiten: Sublimat 1 : 5000, Salicylsäure 1 pCt., Borsäure 5 pCt.

5. Bei verticaler Stellung des Hundes erreichen 10 ccm Flüssigkeit die Lungenspitze so gut wie nicht; durch geeignete Lageveränderung lässt sich sicher und willkührlich die Flüssigkeit jedem beliebigen Lungentheil zuführen.

6. Die Flüssigkeit gelangt in die Alveolen, die peribronchialen und pleuralen Bindegewebsschichten und Knorpel, also auch wahrscheinlich in gefässlose Neubildungen; ferner beeinflusst sie die bronchialen Lymphdrüsen, schwächer die Nieren.

7. Die Lunge resorbirt schneller als der Verdauungstractus und das subcutane Bindegewebe; die Resorption wird verlangsamt durch horizontale Lagerung, Anwendung zäher und schwerer Fluida, verminderte Concentration, langsame Injection.

8. Eine Hundelunge resorbirt in weniger als 5 Tagen das Vierfache ihres eigenen Gewichtes an Flüssigkeit.

9. Arzneistoffe, von der Lunge aus eingeführt, wirken deshalb viel schneller und in kleinerer Dosis.

10. Am nächsten steht die Einspritzung in die Lunge der directen Injection in die Blutbahn.

Verf. enthält sich vorderhand mit Recht der Uebertragung dieser Versuche auf den Menschen, sowie jeglicher therapeutischer Utopie. SCHECH.

68) **Widerhofer** (Wien). **Ueber die Erkrankungen der Bronchialdrüsen.** Klinische Vorlesung. *Allg. Wiener med. Zeitung. No. 7 u. 8. 1886.*

W. gibt eine kurze Uebersicht über diese Erkrankung und hebt besonders hervor, dass nur bei sehr hochgradiger Ausbildung und Schwellung der Drüsen eine physikalische Diagnose möglich ist, dass aber aus Drüsenschwellungen über der Clavicula, am Halse und Nacken bei scrophulösen Kindern, aus Compressions-Erscheinungen der Luftwege und der vagi oder recurrentes, aus Stauungen, Oedemen im Gesichte, aus langwierigem Verlaufe von Bronchialcatarrhen, auf Anschwellung der intrathoracischen Drüsen mit Wahrscheinlichkeit geschlossen werden kann. Therapie ist antiscrophulös und roborirend. CHIARI.

69) **Loeb** (Frankfurt a. M.). **Durchbruch einer käsig entarteten Bronchialdrüse in den rechten Bronchus, Steckenbleiben eines Drüsensequesters in der Trachea, Tod durch Erstickung.** *Jahrbücher f. Kinderheilkunde. Bd. 24. 1886.*

Das Bemerkenswerthe des Falles bestand in dem hauptsächlich exspiratorischen Charakter der Dyspnoe, was auf einen ventilartigen Verschluss der Trachea deutet, der der Inspiration nur ein geringes Hinderniss in den Weg legte. Das Uebrige besagt der Titel. Am Schlusse der Arbeit findet sich eine sehr genaue und detaillirte Statistik aller hierher gehörigen Fälle. SCHECH.

## f. Schilddrüse.

70) **Bardeleben** (Berlin). **Kropfexstirpation.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 4. S. 64. 1886.*

Im Charité-Verein berichtet B. über sieben im Jahre 1885 ausgeführte Kropfexstirpationen. Im ersten Falle, über welchen Köhler schon berichtet hatte (Centralbl. II, pag. 232, Ref. 94) ist die Trachea jetzt völlig normal, während sie bei der Operation weich und zusammengedrückt war. Keine Störung der Psyche etc. 2. Fall: Exstirpation einer 75,0 g schweren Struma mit durchaus günstigem Erfolg. 3. Fall: Exstirpation einer 860 g schweren Struma. Nachblutung. Unter den übrigen Fällen sind zwei mit tödtlichem Ausgang, und zwar 1. bei einer sarcomatösen Struma, die die Halswirbel ergriffen und Metastasen in Lungen und Nieren gebildet hatte, und 2. bei der Complication mit einer doppelseitigen Pneumonie. In der Discussion betont Rose die Wichtigkeit der Tracheotomie und E. Hahn die Vortheile der secundären Naht zur Vermeidung der Nachblutungen. Herr Bardeleben erwähnt 2 Fälle von Kropfexstirpation bei jugendlichen Individuen, in denen keine Cachexia strumipriva folgte. Letztere stelle eine Combination mit Cretinismus dar und lasse sich physiologisch nicht erklären, da man Thieren, ohne dass sie Nachtheile hätten, Milz und Schilddrüse exstirpiren könne. In Bezug auf die Diagnose der struma maligna macht B. Fränkel auf das schnelle Wachsthum der struma carcinomatosa aufmerksam.

B. FRAENKEL.

71) **Fage Hansen** (Aarhus, Danmark). **Strumectomia.** *Hospitals-Tidende. p. 177. 17. Febr. 1886.*

66jährige Frau. Sehr grosse hypertrophische Struma, die bedeutende Anfälle von Athemnoth, beinahe Erstickungserscheinungen hervorgerufen hatte. Jodbehandlung ohne Effecte. Nach Entfernung der 400 Gramm wiegenden Geschwulst vollständige Genesung.

SCHMIEGELOW.

72) **J. Mikulicz** (Krakau). **Beitrag zur Operation des Kropfes.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 1, 2, 3, 4. 1886.*

M. hat 25 Kropfexstirpationen ausgeführt, welche alle einen günstigen Ausgang nahmen; 20 mal erfolgte völlige Heilung per primam, nur 1 mal wurde wegen nothwendig gewordener Tracheotomie die Heilung durch Eiterung erreicht. Die interessanten Krankengeschichten können dem Studium nur bestens empfohlen sein. Das Hauptgewicht der Arbeit liegt aber in dem Vorschlage, die nach Totalexstirpation öfters auftretende Tetanie, Cachexie und Kehlkopflähmung dadurch zu verhüten, dass man die Exstirpation nur partiell vornimmt (abgesehen von den malignen Neubildungen) und die Hauptmasse des Kropfes noch innerhalb des Parenchyms von dem zurückgelassenen Reste der Drüse mittelst einer Anzahl von Massenligaturen abtrennt. Diese Methode nennt Mikulicz die Resection des Kropfes und betont besonders, dass man auch die Nähe des nervus recurrens und dessen Bloslegung möglichst meide. Die Erfolge seiner 8 Resectionen waren sehr günstig, da bei ihnen keine der obengenannten Erscheinungen folgte.

Die Möglichkeit von Recidiven ist zwar nicht ausgeschlossen, aber die schlimmen Folgen wie Tetanie, Cachexie und Lähmungen sind wahrscheinlich sicher verhindert. CHIARI.

## g. Oesophagus.

73) **Robert Abbé. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in the oesophagus.)** *New-York Med. Journal. 17. April 1886.*

Bericht über einen Fall: Entfernung einer Zahnpiece, Heilung. LEFFERTS.

74) **T. M. Markoe. Oesophagotomie wegen Fremdkörper im Oesophagus. (Oesophagotomy for foreign bodies lodged in the tube.)** *New-York Med. Journal. 1. Mai 1886.*

Der Autor entwickelt folgende Ansichten: Sobald ein Fremdkörper im Oesophagus festsitzt und mittelst Zange oder Schlinge aus dem Munde nicht entfernt werden kann, auch nicht in den Magen hinabzustossen ist, so ist die Oesophagotomie indicirt, wenn nämlich der Fremdkörper an einer Stelle sitzt, wo er dem Messer des Chirurgen zugänglich und die Hoffnung auf spontane Ausstossung desselben geschwunden ist. Es werden zwei interessante Fälle ausführlich mitgetheilt. Daran schliesst sich eine Statistik, welche dem Referenten mittheilenswerth erscheint: Im Ganzen sind bis jetzt 82 Personen operirt worden, davon wurden 63 geheilt und 19 starben. Unter den 82 Fällen wurde der Fremdkörper 74 Mal gefunden und entfernt. Davon genasen 57 und 17 starben. In 7 Fällen wurde der Fremdkörper nicht gefunden; in einem wurde er zwar gefunden, entschlüpfte jedoch in den Magen und ging per anum ab. In einem der Bille'schen Fälle entwich der Fremdkörper in den Magen und wurde von da durch die Gastrotomie entfernt; Patient starb jedoch an Peritonitis. In diesem Fall darf man natürlich den unglücklichen Ausgang nicht der Oesophagotomie zur Last legen.

Von den 16 Todesfällen von Oesophagotomie waren 8 durch Abscess in Folge von Einkeilung des Fremdkörpers bedingt; zwei Personen starben an Erschöpfung, zwei an Septicämie, einer an Pneumonie und bei den Uebrigen ist die Todesursache nicht aufgeklärt worden. LEFFERTS.

75) **Studsgaard** (Kopenhagen). **Oesophagotomia externa wegen Fremdkörpers (Gebiss). (Oes. externa for Corp. alien. [Tandsaet].)** *Hospitals-Tidende. April 1886.*

Fräulein, 35 Jahre alt, hatte 3 Stunden, ehe Verf. sie sah, eine Gaumenplatte mit 3 Zähnen beim Mittagessen verschluckt. Speisen konnten nachher den Oesophagus nicht passiren. Keine Athmungsbeschwerden. Durch den Charrière'schen Korb, der in der Höhe der Incisura semilunaris sterni auf einen festen Körper stiess, wurde eine Extraction vergebens versucht, und dann gleich zu Oesophagotomia externa nach Begin's Methode, d. h. durch einen Schnitt längst dem vordersten Rande des linken M. Sternocleidomastoideus, geschritten und das Corpus alienum mittelst einer krummen Zange extrahirt. 11 Tage nach der Operation wurde die Patientin geheilt aus dem Spital entlassen.

St. schliesst die Artikel mit Betrachtungen über verschiedene technische und indicatorische Momente bei der Operation. Zu der Statistik von Koenig (Deutsche Chirurgie Lief. 35) über Oesophagotomia externa für Fremdkörper ist er im Stande, noch 17 (wovon 2 scandinavische Fälle: 1. Holmer, Hospitals-Tidende 3 R. I Bd. 1882 und 2. seine eigene) hinzuzufügen.

SCHMIEGELOW.

76) **Bennett May** (Birmingham). **Entfernung eines Fremdkörpers durch Oesophagotomie. (Removal of foreign body by oesophagotomy.)** *Brit. Medical Journ. 2. Januar 1886.*

Demonstration eines Knaben, dessen Fall auf Seite 186 dieses Jahrgangs (Referat 110) mitgetheilt ist, vor der Midland Med. Society am 9. December 1885. Am Sitze der Ulceration leichte Strictur., welche aber das Schlucken nicht hindert.

SEMON.

77) **A. Parzewski** (Moskau). **Ruptur des Oesophagus. (Rasriw pitschewoda.)** *Med. obosr. No. 3. 1886.*

Nach einer eingehenden Kritik der bis jetzt beobachteten Fälle nebst der Erklärung derselben führt Verf. einen selbst beobachteten Fall an. Ein 39 Jahre alter Mann, der schon auf ulc. rot. vent. mit Magendilatation behandelt worden war, erkrankte plötzlich nach einer sehr reichlichen Abendmahlzeit mit heftigen Schmerzen. in der Seite und Dyspnoe. Der Kranke wurde fast collabirt ins Hospital geschafft und die Untersuchung des moribunden Pat. ergab rechtseitigen Pneumothorax mit starker Vordrängung der Leber nach unten. Bei der Section fand man etwa 4 Kgrm. Mageninhalt in den beiden Pleuren und dem Mediast. post., ferner Magendilatation, mehrere ulc. rotunda und einen $1^{1}/_{4}$ Zoll langen Riss, der in der Magenwand beginnend durch den hinteren Theil der Cardia sich in den Oesophagus hinaufzog. Man sah deutlich, wie der Riss im Magen seinen Anfang in einem ulc. rot. genommen hatte.

Verf. glaubt, der Riss wäre in Folge mehrerer Momente zu Stande gekommen. Durch die starke Ueberbürdung des Magens ist derselbe stark ausgedehnt und nach unten dislocirt. Dadurch wurde der schon ohnehin enge Pylorus noch mehr verlegt. Zugleich kehrte sich die grosse Curvatur des gefüllten Magens nach vorn, wodurch die hintere Wand der Cardia eine Dehnung und Zerrung erlitt.

Der Inhalt des Magens konnte nur sehr langsam den Pylorus passiren, es entstand Gährung des Mageninhalts, wodurch die Spannung des Magens noch vergrössert wurde und so entstand unter dem zunehmenden Druck ein Riss im Boden des ulc. rotund., das an der hinteren Wand der Cardia sass. Diese Stelle ist zum Riss besonders günstig, weil sie an der Grenze zwischen dem positiven abdominellen und negativen intrathoracischen Druck liegt.

LUNIN.

# II. Kritiken und Besprechungen.

a) **Emil Berger** und **Joseph Tyrman** (Graz). **Die Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbeinlabyrinthes und ihre Beziehungen zu Erkrankungen des Sehorgans.** Mit 9 Abbildungen. Wiesbaden, 1886. Bergmann.

Man muss den beiden Verfassern zu grossem Danke verpflichtet sein, dass sie es unternahmen, die Krankheiten der Keilbein- und Siebbeinhöhle zum Gegenstand einer äusserst fleissigen und interessanten Arbeit zu machen. Wer selbst einmal über Nebenhöhlenerkrankungen gearbeitet hat, wird es zur Genüge empfunden haben, wie lückenhaft einestheils noch unser Wissen ist, anderntheils aber auch wie spärlich und zerstreut die Literaturangaben gerade über Erkrankungen der Keilbeinhöhle und des Siebbeinlabyrinthes sind. Bei dem reichen Inhalt der vorliegenden Schrift kann hier nur das Wichtigste herausgegriffen werden.

Suppurative Entzündungen des Siebbeinlabyrinthes können bedingt sein durch Fortpflanzung der Entzündung von der Nase her, ferner können Orbitalabscesse in das Siebbein durchbrechen und endlich können sich Entzündungen aus benachbarten Höhlen, namentlich der Kiefer- und Stirnhöhle, in das Siebbein fortpflanzen. Suppurative Entzündungen der Keilbeinhöhle können durch Perforation Meningitis und Tod erzeugen; Caries und Necrose des Keilbeinkörpers sind meistens verursacht durch Syphilis oder Scrophulose oder Verletzungen, seltener durch Erkrankung benachbarter Knochen.

Die letztere Affection verläuft je nach dem Sitze unter äusserst mannichfachen Erscheinungen; in manchen Fällen tritt plötzliche einseitige Erblindung ein mit Orbitalphlegmone und Compression des Opticus im Foramen opticum; in andern Fällen stossen sich Theile des Keilbeinkörpers langsam ab und ohne Sehstörungen aber mit Meningitis; auch plötzliche Abstossung eines grösseren Knochenstückes durch die Nase wurde beobachtet, ebenso tödtliche Blutung, Retropharyngealabscesse, Sinusthrombose.

Die Tumoren der Keilbeinhöhle machen gleichfalls in ihren verschiedenen Entwicklungsstadien verschiedene Symptome; solange sie die Grenzen der Höhle nicht überschreiten, können alle Erscheinungen fehlen; bei weiterem Wachsthum werden die Nachbargebilde comprimirt, namentlich der N. opticus; bei Durchbrechung des Sinus wächst der Tumor in die benachbarten Höhlen — Nasenrachenraum, Siebbein, Orbita, Schädelhöhle — hinein, was theils ohne subjective Symptome, theils unter epileptiformen Anfällen, Meningitis oder Bildung eines Hirnabscesses zuweilen mit Metastasen stattfindet. Erblindung wurde in 23 Fällen von Erkrankung des Keilbeinkörpers beobachtet. Bei Verletzungen des Keilbeinkörpers wurde Abtropfen von Cerebrospinalflüssigkeit, pulsirender Exophthalmus, Amaurose und Trigeminusanästhesie beobachtet. Krankhafte Prozesse im Siebbein können gleichfalls, so lange sie die Grenzen desselben nicht überschreiten, symptomlos verlaufen; oder nur mit Kopfschmerz einhergehen. Caries des Siebbeins macht öfters Orbitalabscess, Orbitalemphysem, Meningitis, Ansammlung von Schleim und Eiter; führt zu partieller

oder totaler Erweiterung des Siebbeinlabyrinthes, zu Verschmelzung mit dem Sinus frontalis, maxillaris und der Orbita. Tumoren, welche das Siebbein überschreiten, erzeugen Hervorwölbung der innern Wand der Orbita, Verdrängung des Bulbus nach aussen und unten, verschiedene Störungen am Bulbus, verminderte Beweglichkeit und Refraction, Herabsetzung der Sehschärfe, Neuritis optica, Hornhautgeschwüre, Compression des Thränennasenkanals, behinderte Nasenathmung mit allen ihren Folgen für Geruch, Geschmack und Stimmbildung.

Die äusserst reiche Casuistik, die Details über Verletzungen des Siebbeins, über ophthalmoskopischen Befunde, Modificationen im Verlaufe der obengenannten Erkrankungen, Varietäten der Nebenhöhlen in Bezug auf Grösse und Dicke der Knochenwandungen etc., müssen im Original studirt werden; das höchstinteressante und reichlich mit Holzschnitten ausgestattete Buch sei also nochmals nicht nur allen Ophthalmologen, sondern auch allen Rhinologen auf das Beste empfohlen. SCHECH.

**b) Achte Jahresversammlung der Amerikanischen laryngologischen Gesellschaft.**
**Abgehalten in der Hall of the College of Physicians in Philadelphia am 27., 28. und 29. Mai 1886.**

Dienstag den 27. Mai. Erster Tag.

Der Präsident, Dr. Harrison Allen aus Philadelphia, berief das Meeting um 10 Uhr und nach einer Begrüssungsrede verlas er eine Abhandlung über: Zwei Fälle von adenoider Erkrankung des Daches des Pharynx, welche ungewöhnliche Züge darboten.

Abgesehen von den adenoiden Vegetationen und den Massnahmen, welche zu deren Entfernung ergriffen wurden, war Folgendes bemerkenswerth:

Fall I. Ein 5jähriger Knabe hatte unmittelbar, nachdem er in Schlaf verfallen war, erschwertes Athmen. Nach drei oder vier Athemzügen hörte die Athmung auf, das Kind öffnete den Mund und machte gewaltige Anstrengungen zum Athmen. Darauf erwachte es und eine gewaltsame Inspiration erfolgte. Hierauf fiel es schnell in Schlaf und dieselben Erscheinungen kehrten wieder. Auf diese Weise brachte es die ganze Nacht zu. Eine sorgfältige Untersuchung zeigte, dass während des Schlafes die Zunge rückwärts fiel und dadurch die genannten Erscheinungen bedingt waren. Es wurde daher angeordnet, dass, sobald die Anfälle auftraten, das Kind mit dem Gesicht nach abwärts gehalten werden sollte. Sobald es diese Position einnahm, verfiel es in tiefen Schlaf.

Fall II. betraf ein Mädchen von 6 Jahren. Die Schleimhaut am Rachendache war ausserordentlich verdickt und verhinderte nahezu das Durchströmen der Luft. Man kauterisirte sie daher an verschiedenen Stellen. Weitere Versuche, den Umfang derselben durch Operation zu verkleinern, wurden nicht gemacht und Patient wurde behandelt als ein Fall von perverser Ernährung des Knochensystems.

Prof. Ramon de la Sota y Lastra M. D. aus Sevilla in Spanien überreichte durch Dr. J. Solis Cohen eine Abhandlung über: Lupus des Halses.

Seine Erfahrung hat ihn belehrt, dass diese Krankheit in jeder Lebens-

periode auftreten kann. Er hat sie häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern gesehen; häufiger bei Männern als bei Frauen. Hinsichtlich der Heredität konnte er keinen Aufschluss erhalten. Er fand nicht, dass starke Trinker oder Raucher besonders dazu disponirt wären; ebenso wenig hatten starke Anstrengung der Stimme, irritirende Substanzen, oder die Application des Galvanocauters oder andrer Agentien irgend welchen Einfluss auf das Entstehen des Lupus.

Er hatte niemals Gelegenheit, die Anfangsstadien zu beobachten; aber er konnte entdecken, dass gesunde Gewebe später von dieser Krankheit ergriffen wurden. Bisweilen nahm die Schleimhaut eine Purpurfarbe an, schwoll auf und wurde granulirt. Dann entwickelten sich ein oder zwei Knoten und erreichten die Grösse einer Erbse. Bisweilen wurden sie prominent, ohne dass das Aussehen der Schleimhaut sich verändert zeigte. Sie können oberflächlich bleiben, oder die Schleimhaut, ja selbst das submucöse Gewebe ergreifen. Ihre Form ist rund und ihre Oberfläche glatt. Diese Knoten unterscheiden sich durch ihre rosenrothe Farbe von den leprösen Tumoren. Ungleich dem Carcinom, bleiben die Tumoren gewöhnlich ganz circumscript. Bei Druck zeigen sie eine elastische Resistenz. Diese ist grösser als die Härte einer Entzündung, aber geringer als die eines Epithelioms. Die Theile, auf welchen der Tumor sich entwickelt, werden rigide und ihre natürliehe Beweglichkeit ist entweder vermindert oder ganz aufgehoben. Während das Carcinom gewöhnlich stark lancinirende Schmerzen hervorruft und die Lepra im Allgemeinen von Anästhesie begleitet ist, bewirkt der Lupus keine Alteration der Sensibilität. Nach längerer oder kürzerer Zeit erweicht der Tuberkel und ulcerirt. Die Ulceration erscheint unter zwei Formen. In manchen Fällen zeigt der Tumor eine Excavation bis zu einer beträchtlichen Tiefe, in anderen Fällen ist er mehr oberflächlich. Diese Geschwüre bluten nicht auf Druck. Die Heilung ist schwierig und von Narbenbildung begleitet. In einigen Fällen entwickeln sich die Ulcerationen langsam, in anderen treten sie mit erstaunlicher Schnelligkeit auf. Sie können sich in wenigen Tagen entwickeln, oder Monate, selbst Jahre lang stationär bleiben und hierauf destruirend wirken. Heilen die Ulcerationen, so bilden sich unregelmässige Narben, an manchen Stellen erhaben, an anderen eingesunken; bei den ersteren von rother, bei den letzteren von weisser Farbe. Adhäsionen bilden sich an den verschiedensten Stellen. Die Vernarbung geht langsam vor sich und wird leicht zerstört. Eine Infiltration bleibt stets zurück.

Prof. Joseph Leidy aus Philadelphia machte, auf Aufforderung des Vorstandes einige Bemerkungen über interessante mit der Anatomie des Larynx zusammenhängende Punkte.

Hierauf fand eine Ausstellung neuer chirurgischer Instrumente statt. Unter anderen stellte Dr. C. Seiler einen Apparat aus, der dazu dient, Schnitte gefrorener Schädel anzufertigen. Es wurden Schnitte, die mit dem Apparat ausgeführt worden waren, vorgezeigt. Diese Schnitte können durch galvanoplastischen Ueberzug auf unbegrenzte Zeit conservirt werden. Sobald man das Präparat galvanoplastisch behandelt hat, wird es erhitzt und das Gewebe entfernt. Wenn man dann Wachs in die Form giesst, so erhält man die anatomischen Figuren des Originalpräparats in vollständigem Abguss.

**Nachmittags-Sitzung vom 27. Mai.**

Dr. F. Hooper aus Boston bringt eine Abhandlung: Betreffend die Stellungen der paralytischen Stimmbänder.

Der Vortragende bemerkt, dass er die Absicht hatte, die Einflüsse zu erforschen, welche vereint die Stellungen der paralytischen Stimmbänder bedingen; dass er sich ferner die Frage gestellt hatte, ob wir stets berechtigt sind anzunehmen, dass, wenn ein Stimmband unbeweglich eine bestimmte Position einnimmt, dann ein bestimmter Muskel der inneren Larynxgruppe in seiner Function gehemmt ist. Er meint, dass ein Stimmband in Fällen vollständiger Lähmung des Recurrens verschiedene Stellungen einnehmen kann und bespricht gewisse anatomische Factoren und physikalische Ursachen, welche mitwirken, die Position zu erzeugen, welche gerade im Kehlkopf-Spiegel erblickt wird.

Dr. Hooper erklärt am Schluss, dass nach seinem Urtheil der Larynx ein so complicirtes Organ ist, so vielen Veränderungen in den verschiedenen Lebensstadien unterworfen, von so verschiedener Gestalt bei den verschiedenen Individuen, seine Nervenversorgung so gross, die Anordnung seiner Muskeln so vielen Anomalien unterworfen, dass wenn man versucht, Theorien über die Positionen der paralytischen Stimmbänder allein aufzustellen — Positionen, welche ebenso gut von nicht paralytischen inneren Larynxmuskeln, wie von paralytischen hervorgerufen sein können —, dass man unbewusst zu ganz irrthümlichen Schlussfolgerungen verleitet wird.

Dr. J. Solis Cohen aus Philadelphia berichtet hierauf: Die weitere Geschichte eines Falles von Paralyse der Musc. cricoarytaen. postici, vorgestellt in dem ersten Meeting der Gesellschaft 1879, nebst Autopsie mit Vorzeigung eines Präparates.

Das Gehirn zeigte kein abnormes Aussehen. Der Opticus war klein, grauweiss und atrophisch. Der linke Recurrens erschien normal, obgleich das linke Stimmband zuerst afficirt worden war. Der rechte zeigte eine deutliche Grenzlinie zwischen den gesunden und den erkrankten Fasern. Anstatt dass der rechte Muskel hätte atrophisch sein sollen, war es der linke, welcher in Zerstörung begriffen war.

Dr. Frank Donaldson jun. aus Baltimore verlas darauf eine Abhandlung über: Die Functionen des Recurrens nach experimentellen Studien in John Hopkins University.

Redner geht aus von den Experimenten Hooper's, welcher gefunden hatte, dass die Constrictoren aufhörten zu functioniren, sobald durch Aether das Bewusstsein aufgehoben wurde, und dass, wenn man bei aufgehobenem Bewusstsein den Recurrens reizte, Abduction mit Erweiterung der Glottis eintrat. Er selbst erhielt unter fünf Experimenten sowohl bei tiefer, wie bei leichter Narcose und bei fast vollständig freiem Sensorium regelmässig Adduction der Stimmbänder, wenn er als Reiz einen Inductionsstrom von 10 Ctm. Rollenabstand applicirte. In einem Fall, wo das Bewusstsein aufgehoben war, erhielt er bei leichten Reizen Abduction, bei starken Adduction. Er fand hierauf, dass schwache Ströme Abduction, stärkere Adduction erzeugten. Hieraus schloss er, dass die Constrictoren

bei tiefer Narcose oder bei aufgehobenem Sensorium nicht zu functioniren aufhörten, und dass nicht stets Abduction erhalten wird, wenn das Bewusstsein aufgehoben ist. Bei schwachen Strömen tritt Abduction ein, bei stärkerem Reiz Adduction.

Dr. F. J. Knight aus Boston meinte, es sei nicht ausgemacht, dass beim Menschen dieselben mechanischen Actionen beim Oeffnen und Schliessen der Glottis Platz greifen, wie bei den niederen Thieren. Obwohl die Reizung des Musculus transversus Annäherung der Stimmbänder bewirkte, so habe es ihm dennoch in Anbetracht der Gelenkverbindung der Knorpel immer geschienen, dass der Musc. lateralis gleichzeitig gereizt würde. Was die Abductorparalyse betrifft, so sollte die Frage nach der Stellung der processus vocales entschieden werden, ohne Rücksicht auf das Stimmband. Wird der Processus vocalis in der Medianlinie gefunden, so ist es richtig, anzunehmen, dass aus irgend einem Grunde die Function des Abductor aufgehoben ist. Es hätte den Beobachtern grosse Schwierigkeiten bereitet, festzustellen, ob der Processus vocalis sich in der Medianlinie befinde. Für ihn ist das Experimentum crucis die Phonation. Erhält man eine verticale Glottis bei der Phonation ohne eine Bewegung des verdächtigen Stimmbandes, so hat man einen sicheren Fall. Er hält es für absurd, die Fälle von Abductorparalyse als Fälle von Krampf anzusehen.

Dr. S. Solis Cohen aus Philadelphia hält es für wichtig, zwischen den automatischen (Respiration), den Reflex- (Husten) und den psychischen (Phonation) Functionen des Larynx zu unterscheiden. Der Widerstand eines Nerven gegen die Uebertragung eines nervösen Einflusses steht im umgekehrten Verhältniss zu der Häufigkeit der Function des von ihm innervirten Muskels. Nun wird kein Muskel mehr gebraucht als die Abductoren des Larynx. Es ist also a priori schon anzunehmen, dass der Widerstand ihrer Nerven der schwächste sein wird. Die Phonationsmuskeln werden nicht so oft gebraucht; der Widerstand ihrer Nerven ist daher wenn auch gering so doch stärker als die respiratorischen Fasern. Die respiratorischen Impulse treffen den Nerven beständig; tritt ein Reiz hinzu, sei es ein Reflexreiz (Reizung der laryng. superior), der Husten erzeugt, oder ein psychischer zu Phonationszwecken, so erzeugt er Adduction der Stimmbänder. Ein mässiger Reiz, vom respiratorischen Centrum ausgehend, eröffnet die Glottis behufs Respiration; wächst der Reiz, so öffnet sie sich stärker. Eine stärkere Zunahme durch Reflexreiz schliesst sie zum Husten. Ein Impuls von der Gehirnrinde, dem Centrum der willkürlichen Bewegung, schliesst sie zum Sprechen.

Dr. F. J. Knight aus Boston überreicht eine Abhandlung über Larynxschwindel.

Es werden von den Autoren viele Fälle von sog. Larynxschwindel berichtet. Alle mit Ausnahme eines einzigen betrafen Männer. Das Durchschnittsalter, in dem die Anfälle sich zeigten, war 47 $^1/_2$ Jahre. Der Husten, welcher den Anfall einleitete, war in 6 Fällen mässig, krampfhaft in zwei und schwer in drei Fällen. Momentaner Verlust des Bewusstseins zeigte sich in 14 Fällen. In einem Falle fiel der Pat. um, erklärte jedoch, dass er sein Bewusstsein nicht verloren hätte. Schwindel wird in elf Fällen erwähnt; in vier Fällen schien ausgesprochener

Larynxkrampf bestanden zu haben; in einem war er zweifelhaft; in 4 Fällen bestand deutliche Congestion im Kopf und Gesicht; in zweien waren die Patienten bleich. Convulsivische Zuckungen der Glieder ereigneten sich in drei Fällen; in einem war Kopf und Gesicht betheiligt; im anderen das Gesicht. In diesen Fällen war weder ein Biss in die Zunge, noch Schaum vor dem Munde, noch unfreiwilliges Harnen vorhanden. Redner verwirft den Ausdruck Larynxschwindel. Es handelt sich hier wahrscheinlich nicht um den wirklichen Schwindel in dem Sinne von Vertigo, wie man ihn bei Ohrenschwindel sieht. Es ist ein einfacher Kopfschwindel. Keineswegs handelt es sich um Anfälle von petit mal. Die Ursache der Anfälle ist in einer Störung der Gehirncirculation zu suchen, vielleicht bedingt durch Compression der grossen Blutgefässe des Halses und auch des Herzens. Auch ohne dieses ist die Wirkung schnellen Athmens wohl bekannt: Es erzeugt deutliche Gehirnstörung.

Dr. Frank Donaldson aus Baltimore verlas einen Artikel betitelt: Ein Fall von congenitalem Defect der Epiglottis, deren Function erläuternd.

Er macht folgende Schlüsse: 1. Die Epiglottis ist ein nützliches Schutzmittel des Larynx gegen das Eindringen von Speisen und Getränken. 2. Gewöhnlich ist das unterste Drittel der Epiglottis allein für diese Function nöthig. 3. Andere wirksame Schutzmittel der Luftwege sind die Aufwärtsbewegung des Larynx, vorn combinirt mit der Zunge; der Verschluss der Glottis; die ausserordentliche Sensibilität der Schleimhaut oberhalb der Glottisspalte und ausnahmsweise der untern Constrictormuskel des Pharynx. 4. Alle diese Factoren sind in grösserem oder geringerem Grade als Schutzmittel anzusehen, und es ist schwierig, einem von ihnen eine besonders wichtige Stellung einzuräumen.

Dr D. Bryson Delavan aus New-York verlas hierauf einen Artikel über: Mundtuberculose.

Er hat 7 Fälle gesehen, die alle Männer betrafen. Davon waren 4 gestorben, zwei verfielen sehr schnell und einer erfreut sich offenbar einer guten Gesundheit. Der Sitz war bei einem primär, bei einem secundär an der Zunge; das Alter der Patienten war 35 resp. 54 Jahre; bei einem primär am Velum, 43 Jahre alt: einem an der Wange, 6 Jahre alt; einem secundär an den Tonsillen, 27 Jahre alt; bei zweien endlich am Pharynx, 38 und 22 Jahre alt. 24 Fälle von Tuberculose der Zunge betrafen, mit einer Ausnahme, nur Männer. In 12 Fällen sass die Läsion vorn, in 7 an der Seite und in einem Falle des Verfassers an der Basis der Zunge. Bei Vieren ist der Sitz nicht angegeben. Die Affection war in 9 Fällen primär, in 7 secundär. Bei den restirenden Fällen konnte nicht festgestellt werden, ob sie primär oder secundär war. Die längste Dauer eines Falles von primärer Tuberculose der Zunge war $2^1/_2$ Jahre, die kürzeste 10 Wochen. Die älteste Person war 70, die jüngste 12 Jahre alt.

Freitag, den 28. Mai. Morgen-Sitzung.

In der nächsten Sitzung wurden folgende Beamte für das Jahr 1887 gewählt:

Präsident: Dr. E. Fletcher Ingals aus Chicago.

Vicepräsidenten: Dr. E. Carroll Morgan aus Washington und Dr. J. N. Mackenzie aus Baltimore.

Bibliothekar: T. R. French.

Secretair und Schatzmeister: Dr. D. Bryson Delavan aus Newyork.

Dr. E. L. Shurly aus Detroit berichtet seine Beobachtungen über: Die Anwendung neuerer Heilmittel bei Krankheiten der oberen Luftwege.

Er besprach eingehend einige der zahlreichen neueren Heilmittel und theilte das Resultat seiner Erfahrungen bei deren Anwendung mit.

Dr. J. N. Mackenzie aus Baltimore wünschte zu constatiren, dass er den internen Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd bei veralteten Fällen von Larynx- und Pharynxcatarrh sehr wirksam befunden habe. Er hätte es in Fällen angewandt, die fast allen anderen Behandlungsformen getrotzt hätten. Er gebrauchte eine 4proc. Lösung, von welcher er 8—16 gran sechsmal täglich gab. Er setzte dies 2—3 Wochen fort. In einem beträchtlichen Theil der Fälle wurde das Leiden durch dieses Mittel allein zum Stillstand gebracht.

Dr. S. Solis Cohen aus Philadelphia wandte das Wasserstoffsuperoxyd bei Lungen- und Kehlkopfphthisis an und sah davon gute Erfolge betreffs der Ernährung. Eine der Wirkungen dieses Mittels ist eine deutlich Pulsverlangsamung. In einem Falle war sie so ausgesprochen, dass man es aussetzen musste.

Dr. William H. Daly aus Pittsburg verlas hierauf eine Arbeit, betitelt: Die einfachste und wirksamste Behandlung der Diphtherie.

Die Hauptregel ist, Calomel so lange zu geben, bis Diarrhoe eintritt. Bei dieser Methode sind viel mehr gerettet worden, als bei irgend einem anderen Verfahren.

Dr. E. L. Shurly bemerkte, dass er eine grosse Erfahrung hinsichtlich der Diphtherie und der Calomelbehandlung habe. Während er jedoch bei der croupösen Entzündung das Calomel für eines der wirksamsten Heilmittel halte, so könne er nicht das Gleiche bei der Diphtherie bestätigen. Er kenne keinen Fall von Diphtherie, der durch Calomel geheilt worden wäre.

Dr. Frank Donaldson meint, wenn irgend ein Quecksilberpräparat anzuwenden sei, so wäre Sublimat zu empfehlen. Nach unserer gegenwärtigen Ansicht über die Natur der Krankheit würde die beste Behandlungsmethode wahrscheinlich die sein: Spray einer Sublimatsolution (1,0 : 1000,0), gute Ernährung und Aufenthalt des Patienten in einem gut gelüfteten Zimmer.

Dr. Beverley Robinson aus New-York ist überzeugt, dass die Diphtheritisepidemien ebenso wie andere infectiöse Krankheiten, hinsichtlich ihrer Virulenz sehr differiren, so dass ein Mittel in der einen vorzüglich wirken, in der anderen ganz versagen könne. Ein anderer, nicht genug betonter Punkt ist der, dass der Charakter der Krankheiten in verschiedenen Gegenden sehr verschieden sei. Darüber herrscht wohl Einstimmigkeit, dass die zweckmässigste Behandlung die ist, Hals und Luftwege zu desinficiren, daneben Anwendung kleiner oder grösserer Dosen von Tinct. ferr. mit oder ohne Kali chlor.

Dr. E. Carroll Morgan aus Washington verlas sodann eine Abhandlung über Blutungen nach der Uvulotomie nebst Beschreibung eines Instrumentes zu deren Stillung.

Redner citirt zunächst zahlreiche Autoren und theilt deren Ansichten über die Gefährlichkeit der Blutung nach dieser Operation mit. Hierauf beschreibt er einen Fall, in welchem eine starke Blutung auftrat. Als alle anderen Methoden versagt hatten, wurde eine kleine Spange, wie man sie braucht, um Manchetten in ihrer Stellung zu erhalten, zur Stillung der Blutung angewandt, nachdem man ihre Feder schwächer gemacht und ihre Zähne stumpf gefeilt hatte. Es wurde ein Band an derselben befestigt und aus dem Munde herausgeführt. Ein sorgfältiges Studium dieses Gegenstandes setzte den Verfasser in Stand, 17 andere Fälle zu finden, wo die Blutung nach der Operation eine profuse gewesen war. Der Tod ist niemals direct durch die Blutung bei der Uvulotomie herbeigeführt worden.

Eine anhaltende beunruhigende Blutung ist nur einmal eingetreten. Eine mässige Blutung, die entweder spontan oder nach milden Mitteln steht, ereignet sich bisweilen. Ein Verlust von wenigen Tropfen Blut bei der Operation mit nachfolgendem leichten Sickern ist ein gewöhnliches Vorkommniss. Die besten chirurgischen Massnahmen zur Stillung der Uvulablutung sind: Ligatur, Compression mittelst Klammer oder Zange und das Ferrum candens. Die zuverlässigsten Styptica sind der Reihe nach: Arg. nitr. fus., Liq. ferr. sesquichl., Acid. gallic., Acid. tann., Alaun, die locale Application von Eis und Essig.

Die zuverlässigsten inneren Mittel sind: Opium, Plumb. acet., Acid. sulf und Ergotin. Bei der Operation ist darauf zu sehen, dass man eine Uvula von möglichst normalem Umfange herstelle und dass die ganze Uvula nicht entfernt wird.

Nachmittags-Sitzung.

Dr. Thomas R. French aus Brooklyn bringt eine Abhandlung über: Larynxbild, photographisch aufgenommen während der Production von Tönen beim Singen.

Redner hat zahlreiche Untersuchungen über diesen Gegenstand gemacht und seine Beobachtungen bestätigen durchaus nicht die Ansichten, wie sie von den meisten Autoritäten über die Stellung der Stimmbänder bei der Erzeugung verschiedener Töne beim Singen vertreten werden. Die verschiedenen Individuen wenden offenbar einen verschiedenen Mechanismus zur Erzeugung verschiedener Töne an. Das Schlussresultat seiner Untersuchungen ist, dass bei dem Hervorbringen niedrigerer Töne die Stimmbänder hinten weiter auseinander stehen als vorn; dass sie bei mittleren Tönen parallel sind und dass bei hohen Tönen die Oeffnung vorn am weitesten ist.

Die Arbeit ist durch zahlreiche, mittelst einer Laterna magica reproducirte Photographien illustrirt.

Hierauf wurde folgende Arbeit verlesen: Klinische Bemerkungen über den Prolaps der Larynxventrikel von Dr. George W. Major aus Montreal

Der Autor legt Werth auf die Unterscheidung zwischen Prolaps und Eversion der Larynxventrikel. Er meint, dass ein Prolaps ohne Eversion des Sackes stattfinden könne, während eine Eversion nicht vorhanden sein könne, ohne dass während ihres Entstehens der Prolaps, wenn auch nur für kurze Zeit, eine Rolle gespielt habe. Er berichtet 5 eigene Fälle.

Hierauf wurde nur der Titel ber beiden folgenden Abhandlungen verlesen: Drei Fälle von Thyreotomie. Heilung in allen 3 Fällen mit guter Stimme von Dr. Clinton Wagner aus Newyork.

Beunruhigende Blutung nach Ausschneiden der Mandeln, gestillt durch Torsion der Arterie, von demselben Autor.

Dr. William C. Jarvis aus Newyork verliest die Beschreibung eines Neuen Verfahrens zur Exstirpation von unterhalb der Stimmritze gelegenen Tumoren.

Es wurde eine der Mackenzie'schen ähnliche, aber schwerere Zange gebraucht. Durch die Enden der Blätter waren Löcher gebohrt, durch welche ein Stück Pianosaite 00 hindurchgeführt wurde; dieses ging durch eine zweite Oeffnung am Winkel der Blätter und zum Griff heraus, wo es mit einer Schlinge endete, in welche das Endglied des Zeigefingers hineingesteckt werden konnte. Sobald die Blätter getrennt wurden, bildete dieser Draht einen Querriegel, welcher ihre Enden vereinigte. Schloss man die Blätter, so konnte die Drahtschlinge durch den Finger aufgezogen und der Tumor darin festgehalten werden, bis die Blätter ihn ergriffen hatten. Mit diesem Instrument entfernte er eine unterhalb des Glottis sitzende Geschwulst ohne Narcose und ohne Eröffnung des Larynx.

Dr. T. Avory de Blois aus Boston verlas einen Bericht über Fälle von Larynxoedem.

Er gab kurze Details über 14 Fälle von Larynxödem, die zu seiner Beobachtung kamen. Alle diese Fälle heilten, sechs unter Gebrauch von Adstringentien und acht nach Scarificationen.

Dr. W. C. Jarvis aus Newyork berichtete über die interne Behandlung von Larynxödem. In einem sehr ausgesprochenen Falle wandte er vor einiger Zeit das Fluidextract von Jaborandi an. Nach 48 Stunden war das Oedem sehr vermindert. Seitdem wurden verschiedene Fälle berichtet, wo das Pilocarpin mit Vortheil angewendet worden war. Von der Scarification habe er niemals gute Erfolge gesehen.

Eine Abhandlung von Dr. Charles H. Knight aus Newyork, einen Fall von Perichondritis des Larynx beschreibend, wurde nur mit dem Titel verlesen.

Dr. Edgar Holden aus Newyork beschrieb: Einen Fall von gummöser Erkrankung des Larynx mit spontaner Eröffnung desselben nach einer Thyreotomie.

Dr. U. G. Hitchcock aus Newyork verlas eine Abhandlung über: Gummöse Infiltration der Zungenbasis, in welcher er die Details von vier zu seiner Beobachtung gekommenen Fällen gab.

Dritter Tag, Sonnabend, den 29. Mai. Morgen-Sitzung.

Eine Arbeit von Dr S. Solis Cohen aus Philadelphia über: **Ein Fall von hysterischem Niesen, offenbar geheilt durch die Anwendung des constanten Stroms in den Nasenwegen** wurde nur mit dem Titel verlesen.

Dr. John N. Mackenzie aus Baltimore lieferte einen **Beitrag zur Pathologie und Therapie der respiratorischen, vasomotorischen Neurosen.**

Seine Hauptsätze sind folgende:

1. Der Tractus nasobronchialis ist zusammen mit seinen Anhängseln und Verbindungen oft der Sitz gewisser periodischer vasculärer Störungen, wobei paroxysmenartige Nervenexplosionen eine wichtige Rolle spielen, welche, wie man vernünftigerweise annehmen muss, von einer echten sympathischen oder vasomotorischen Nervenreizung abhängen.

2. Der Tractus kann entweder in seiner Totalität ergriffen sein, oder die Erscheinungen können sich in den einzelnen Abschnitten localisiren. Im letzteren Fall sind die Nasenhöhlen und die Bronchialschleimhaut am häufigsten die Herde, von welchen der Nervenshock ausgeht. Diese beiden Gebiete stehen anscheinend in einem innigen Zusammenhange in Folge eines physiologischen Gesetzes der Sympathie zwischen den beiden Enden eines Schleimhautkanals. In dem einen Falle entsteht die sympathische Coryza, in dem anderen die symphatische Bronchitis.

3. Zur Auslösung dieser Phaenomene gehören zwar besondere Factoren: ein depravirter Zustand der Nervencentren und eine abnorme Reizbarkeit gewisser Theile des Nasenschleimhautkanals.

4. Die Störung im Nervenapparat kann entweder ererbt oder erworben sein. Im letzteren Falle kann sie entstehen durch: 1. fortgesetzte Reizung der Respirationsschleimhaut in Folge verschiedener pathologischer Processe, die zu einer dauernden Reizbarkeit der Nervencentren führt. 2, eine fortgesetzte Schwächung des allgemeinen Nervensystems aus sehr vielen Ursachen. Hier ist der Herd, auf welchem die Reflexerscheinungen sich zeigen, von dem Sitz des localen pathologischen Processes abhängig: von der Localisation des Sitzes der peripherischen Reizbarkeit. So wird z. B. ein Polyp in der Nase Reflexerscheinungen im Respirationssystem hervorrufen, während ein ähnliches Gewächs im Rectum Symptome in den unteren Eingeweiden machen wird. 3. In einer anderen Klasse von Fällen findet die excessive Reizbarkeit der Nervencentren ihre prädisponirende Ursache in pathologischen Zuständen des Organismus als Ganzes (Diathese) oder als Resultat eines Reflexreizes von einzelnen Theilen des Körpers. Nach eingehender Ausführung dieser Sätze lenkte Dr. Mackenzie die Aufmerksamkeit auf das bisweilen bemerkenswerthe Verhalten der respiratorischen Neurosen unter dem Einflusse gewisser acuter Krankheiten. Er hatte nämlich beobachtet, dass die ganze Gruppe: Coryza, Asthma etc. verschwindet während eines Anfalls von Rheumatismus, dass ferner während eines Anfalls von Masern die Nasenaffection und das Asthma recidivirten, nachdem sie längere Zeit ausgeblieben

waren. Dr. Mackenzie wandte sich dann der Besprechung der besonderen in Rede stehenden Hyperaesthesie zu. Die Confusion, welche hinsichtlich dieses Punktes herrscht, rührt daher, dass man nicht die Hyperaesthesie, welche mit den localen pathologischen Processen natürlich verbunden ist, von der excessiven Reizbarkeit trennt, welche hauptsächlich während des Paroxysmus angetroffen wird. Nach seiner Ansicht ist letztere, ebenso wie die vasomotorischen Erscheinungen, welche sie begleiten, eine rein secundäre Erscheinung und kann erzeugt werden: 1. durch eine directe Einwirkung auf die Nervenfasern der Respirationsschleimhaut, 2. durch einen indirecten, von den vasomotorischen Centren übertragenen Einfluss, oder 3. durch eine Reizung, die von den Nerven selbst ausgeht.

Die Hyperästhesie kann allgemein sein, oder sich in einzelnen Theilen des Canals localisiren. Wenn aber auch alle Theile an der allgemeinen Hyperästhesie betheiligt sind, so giebt es doch gewisse Herde, hauptsächlich in den unteren und hinteren Theilen der verschiedenen Segmente gelegen, wo sie besonders hervorragend ist und wo man eine grössere Empfänglichkeit für reflexerzeugende Eindrücke vorfindet. Hier kann man am besten die vasomotorischen Zeichen dieser besonderen Classe von Neurosen studiren. Solche Herde sind: In den Nasenwegen das hintere Ende der unteren Nasenmuschel und das unmittelbar gegenüberliegende Septum (sensitive Area der Nasenreflexe); im Pharynx das Dach und die hintere Wand; im Larynx die hintere Commissur; in der Trachea an der hinteren Wand entlang u. s. w.

Zur Vertheidigung des sympathischen vasomotorischen Ursprungs dieser Affectionen hat Dr. Mackenzie bereits eine Reihe von Publicationen erscheinen lassen (vide besonders N. Y. Med. Record, 19. Juli und 18. Oct. 1884; Maryland Medical Journal, 11. April 1885; Trans. Med.-Chir. Fac. of Maryland 1885; Amer. Journ. of Med. Sci. Oct. 1885 p. 511 et seq. und Januar 1886; Trans. Am. Laryng. Assoc. 1884 p. 113 etc.). Er macht jedoch daneben noch auf eine bis dahin nicht beschriebene Neurose des Gehörapparats aufmerksam: eine Art von „Heufieber des Ohrs“, die er beobachtet hat und die seine Lehre von dem sympathischen Ursprung der Affection bekräftigt. Er berichtet ferner über zwei andere Beobachtungen, die für seine Ansicht von der wahrscheinlich vasomotorischen Natur der gewöhnlich als „Heufieber“ bekannten Krankheit von Interesse ist, nämlich die gelegentliche Schwellung der Schilddrüse und einen enorm geschwollenen und cystenartigen Zustand des äusseren Ohrs analog dem Kaninchenohr in dem Experiment von Bernard am Halssympathicus.

Dr. Mackenzie besprach sodann die Verwandtschaft der Nasenerkrankung zum Asthma, indem er die Schriften von Aurelian, Zecchius, Schneider, Flower, Joseph Frank, Bree, Forbes, Trousseau und Duplay citirt, um zu zeigen, dass diese Verwandtschaft lange vor Voltolini's Beobachtungen schon bekannt war. Unsere Kenntnisse vom Asthma sind noch ungenau: Es wird immer noch als eine besondere pathologische Einheit angesehen. Wenn wir jedoch genau überlegen, was alles in dieser Bezeichnung enthalten ist, dass sie, gleich vielen anderen Respirationsstörungen, keine bestimmte anatomische Läsion aufweist, dass sie einer ganzen Reihe von pathologischen Zuständen gemeinsam

ist, so sind wir gezwungen, das Asthma als ein Symptom anzusehen, welches gleich dem Husten, in Verbindung mit Reizzuständen der verschiedensten Körpertheile vorkommen kann, jedoch gewöhnlich ein Symptom der Störung des Respirationsapparats ist.

Hierauf wird ausführlich die Verbindung des Asthma und der Coryza mit der Urticaria besprochen.

Fr. Hoffmann kannte die Verwandtschaft zwischen Asthma und Urticaria, und vor ihm empfahl Bazlivi in solch einem Falle, den Patienten mit einem anderen, der an „Scabies" litt, zusammen schlafen zu lassen, damit er durch Aufnahme der letzteren vom Asthma befreit wurde. Wilhelm von Oranien wurde von seinem Asthma geheilt als das Geschwür secernirte, welches in Folge einer Verwundung durch die berühmte Kanonenkugel in der Schlacht, am Boynefluss entstanden war. Die Coryza kann dem Asthma und der Urticaria vorausgehen, kann während des Auftretens der letzteren verschwinden oder bestehen bleiben, oder Asthma und Urticaria können früher als die Coryza erscheinen, oder alle drei können endlich zugleich auftreten. Sie sind anscheinend durch die unvollständig bekannte Neurose, oder den vasomotorischen Einfluss bedingt, der wahrscheinlich das Bindeglied zwischen den drei Affectionen bildet. Die Haut kann als das Aussenorgan der Respiration angesehen werden, und während die Verwandtschaft zwischen Asthma und Coryza durch eine vielleicht normale Sympathie zwischen den beiden Enden des inneren Respirationsapparats erklärlich ist, so mögen Asthma und Coryza mit der Hautaffection durch ein sympathisches Band verwandt sein, welches den ganzen Mechanismus der Respirationsfunction im Gleichgewicht und innigen Zusammenhang erhält. Die vasomotorischen Erscheinungen im Pharynx und Larynx werden ausführlich zugleich mit den sie begleitenden Reflexsymptomen erörtert.

Dr. Mackenzie stützt seine Behandlung auf die oben entwickelten Principien und auf den vor einiger Zeit (vide Maryland Medical Journal 11. April 1885) von ihm veröffentlichten allgemeinen Grundsatz, dass die Gruppe von Phänomenen, welche als „Heufieber" und Asthma bekannt sind, ebenso wie die anderen Reflexerscheinungen, die mit der Nasenerkrankung verbunden gefunden werden, als Symptome aufzufassen sind, welche ihren Ursprung in einer gemeinsamen Ursache haben und einen Theil eines einzelnen pathologischen Processes bilden. Es ist daher die Behandlung einer dieser Neurosen gleichzeitig die für alle anderen.

Dr. Mackenzie lenkt die besondere Aufmerksamkeit auf die periodische vasomotorische Coryza („Heufieber"), deren Behandlung er erörtert. Die Indicationen hierbei sind: 1. jede existirende locale respiratorische Krankheit oder Reizung zu beseitigen, 2. die Ernährung der Nervencentren so umzustimmen, dass sie nicht so leicht auf reflexerzeugende Einwirkungen reagiren, 3. eine zweckmässige Behandlung einzuleiten, die jeden localen oder constitutionellen pathologischen Process heilt, welcher als Quelle directer oder indirecter Reizung des Nerven- oder des Respirationsapparats angesehen zu werden vermag. Versagen alle diese Massnahmen, so ist 4. die partielle oder totale Zerstörung der

Gefässe oder der Sinus auf demjenigen Herd oder denjenigen Herden zu bewirken, wo die vasculäre Störung am meisten sich bemerkbar macht.

Der grösste Missgriff, der allgemein bei der Behandlung der Affection gemacht wird, besteht darin, dass man mit der Beendigung des Anfalls auch die Behandlung einstellt, während nicht ernstlich genug betont werden kann, wie wichtig es ist, während der anfallsfreien Zeit eine consequente Behandlung fortzuführen. Unter den inneren Mitteln empfiehlt Dr. Mackenzie besonders Arsenik, Phosphor, Zink, Chinin, Nux vomica, die Bromverbindungen und Jodkali. In zwei Fällen wurde der constante Strom angewendet (10—15 Elemente), dessen eine Electrode auf das Genick, dessen andere abwechselnd auf das obere Halsganglion und die Nasenwege applicirt wurde. Die Anwendung des Cocaïn gab keine dauernd gute Resultate, abgesehen von dem zuerst von Dr. Mackenzie gegen dasselbe überdies gemachten Vorwurf (Trans. Med. Chir. Fac. Maryland 1885 p. 142), dass, wenn man wiederholt und kräftig die contractile Fähigkeit der erectilen Gewebe in Anspruch nimmt, man dadurch ihre Wände schwächen. und so den Grund zu einer permanenten Dilation der erectilen Zellen legen kann.

Die locale Behandlung der localen Nasenerkrankung oder der allgemeinen Respirationskrankheit schliesst einfach eine Eingangspforte für alle besonderen Reize der Centren. In vielen Fällen ist das allein ja genügend. Denn die Nasenwege können die einzige Passage abgeben, durch welche die Centren getroffen werden können und, indem man den Reiz entfernt und den Centren ihre physiologische Ruhe verschafft, kann die Störung scheinbar oder wirklich beseitigt werden. Es giebt jedoch Fälle, wo, wie wir oben gezeigt haben, ein solches Verfahren fehlschlagen würde. Diejenigen, welche daher in der Entfernung des Nasenhindernisses oder Reizes das einzige Heilmittel für dieses Leiden sehen. haben nur einen mangelhaften Begriff von dessen Pathologie.

Der Werth der operativen Massregeln bei den Nasenwegen richtet sich zum grossen Theil danach, ob das Nasenleiden primär, secundär oder accidentell ist. Man soll ihm jederzeit volle Aufmerksamkeit schenken, dabei jedoch nicht vergessen, dass hinter den Nasen-, Hals- und Kopfsymptomen die Neurose steht und dass, ohne Ueberwindung des sympathischen Nervenreizes, eine gründliche Heilung dieses Leidens nicht zu erwarten ist.

Dr. William H. Daly aus Pittsburg meinte, dass ihm Jodnatrium bessere Erfolge gebracht hätte, als jedes andere Mittel.

Dr. E. Carroll Morgan aus Washington bemerkte, dass der Galvanocauter ganz besonders gegen Heufieber gerühmt worden wäre: seine Erfolge seien jedoch nicht so befriedigend, wie die anderer Operateure. Bei Betrachtung dieser Fälle von Heufieber sei es ihm aufgefallen, dass diejenigen, welche an Anosmie litten, offenbar gegen das Heufieber immun wären. Er hätte niemals wirkliche Anosmie bei einem mit Heufieber Behafteten gesehen.

Dr. C. E. Sajous aus Philadelphia erklärte, dass er früher mit dem Galvanocauter ausgezeichnete Resultate erzielt hätte. Er habe eine ganze Reihe günstiger Fälle zu verzeichnen. Im letzten Jahre habe er viele Fälle mit unbefriedigendem Erfolge gehabt, doch könne er nicht angeben, woher das gekommen sei. Obwohl in allen Fällen sich eine Besserung zeigte, so konnte doch in

mehr als 45 pCt. keine vollständige Heilung erzielt werden. Einige dieser Fälle waren vor 2 Jahren behandelt worden; sie blieben zwar ein Jahr lang frei von Anfällen, erlitten aber doch im letzten Jahre ein Recidiv. Er hält dies für besonders wichtig, weil er in seinem Buch die Ansicht ausgesprochen hätte, dass diese Fälle vollkommen geheilt wären. Einige davon sind freilich ganz frei geblieben.

Dr. Mackenzie meinte, dass, wenn das Leiden von der Nasenschleimhaut ausginge, die Entfernung der Ursache bei physiologischer Ruhe der Nervencentren genüge, um Heilung zu bewirken. Es giebt jedoch andere Fälle, wo das ganze Nervensystem afficirt ist und wo dieses Behandlung auf die zu richten ist. In solchen Fällen hatte er nach dem oben entworfenen Plan, ohne irgend welche locale Behandlung, Heilung erzielt.

Dr. Samuel Johnston aus Baltimore berichtete über: einen Fall von Tumor im Nasenrachenraum.

Dr. C. C. Rice sprach über das Thema: Welche Fälle von Nasencatarrh bedürfen einer chirurgischen Behandlung?

Fast jede Nasenkammer bietet irgend welche Irregularitäten und Abnormitäten dar. Die Einführung besserer Methoden zur Bestimmung der Localität der Entzündung hat uns zu häufigeren chirurgischen Eingriffen veranlasst. Es sollte jedoch nicht jeder Fall von vorderer Hypertrophie operirt werden. Das erectile Gewebe in dieser Gegend hat eine werthvolle physiologische Function, indem es durch seine Schwellung irritirende Partikel von den Lungen fernhält. Um zu bestimmen, ob eine Operation erforderlich sei, soll man neben den Resultaten der Untersuchung die subjectiven Empfindungen des Patienten in Betracht ziehen. Wenn nach Anwendung einer 4proc. Cocaïnlösung die Hypertrophie noch stark genug ist, um die Athmung zu behindern, dann ist sie zu beseitigen.

Dr. F. H. Bosworth aus Newyork bestreitet die Ansicht, dass das sog. erectile Gewebe der Nase wirklich ein solches Gewebe ist. Er hält diesen Zustand stets für einen krankhaften. Die Schwellung dient keiner physiologischen Function. Er bestreitet ebenso die Ansicht, dass alle Menschen Abnormitäten der Nase darbieten.

Dr. J. N. Mackenzie glaubt, dass die Schwellkörper einem physiologischen Zwecke dienen, nämlich reizende Substanzen von dem unteren Respirationscanal fernzuhalten.

Die folgenden Artikel wurden nur mit dem Titel verlesen: Entzündung des Antrum von Dr. Beverley Robinson aus Newyork. Weitere Bemerkungen über einen Fall von Erysipel des Larynx, von William Porter M. D. aus St. Louis.

Die Gesellschaft vertagte sich hierauf bis zum nächsten, in Newyork stattfindenden Meeting.

LEFFERTS.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang III. Berlin, November. 1886. No. 5.

## I. Referate.

### a. Allgemeines und äusserer Hals.

1) **Csokor** (Wien). **Vergleichende pathologisch-anatomische Studien über den Rotz und die Tuberculose des Pferdes.** (Sep.-Abdr. aus der Oester. Monatsschrift für Thierheilkunde). *Revue für Thierheilkunde und Thierzucht. 1886.*

Bei der Wichtigkeit der Kenntniss des Rotzes für die Laryngo- und Rhinologen scheint es nicht über den Rahmen des Centralblattes hinauszugehen, wenn ich diese wichtige Arbeit bespreche, obwohl in derselben die Localisation des Rotzes in Nase und Luftröhre blos vorübergehend erwähnt werden.

Der Verfasser giebt auf Grund eigener und fremder Beobachtungen die Differential-Diagnose des Rotzes und der Tuberkulose des Pferdes in klinischer, pathologisch-anatomischer, histologischer und mycologischer Hinsicht. Die Pferde-Tuberkulose wählt als Eingangspforte den Darmtrakt, tritt in höchst akuter Form auf und verbreitet sich auf embolischem Wege.

Der Rotz tritt niemals durch den Darm ein und verläuft meist chronisch. Die Tuberkulose der Lungen liefert typische Tuberkel, der Rotz zahlreiche abscessartige Heerde. Endlich lassen sich die Tuberkel- und Rotzbacillen leicht und sicher von einander unterscheiden. Der Verfasser giebt noch eine Menge wichtiger Unterscheidungsmerkmale, bezüglich derer auf das Original verwiesen werden muss. CHIARI.

2) **J. Neumann** (Wien). **Ueber Pemphigus vegetans (framboesioides).** *Wiener med. Blätter. No. 9, 10 und 11. 1886.*

Diese Krankheit, welche früher öfter für Syphilis gehalten wurde, beobachtete N. in 9 Fällen. Sie führt meist in circa 1 Jahre zum Tode durch Erschöpfung. Ein Fall zog sich durch 10 Jahre hin. N. giebt die Krankengeschichten von 5 Fällen, denen ich die wichtigsten Symptome entnehme. In 4 Fällen begann die Erkrankung mit Schmerzen beim Schlingen, in allen waren die Lippen und die Mundschleimhaut, und bei den meisten auch der Gaumen und Rachen ergriffen. Heiserkeit trat in einem Falle auf, die Nase war auch einmal betheiligt.

Die Entwickelung der Efflorescenzen an den Schleimhäuten gestaltete sich folgendermassen: Zunächst erschienen Blasen, deren Decken bald platzen und

eine weiss oder gelblich belegte Excoriation hinterlassen; die so blosgelegte Schleimhaut wird trocken, rissig und sehr schmerzhaft. Manchmal sitzen die Bläschen auf stark infiltrirter Schleimhaut; an anderen Stellen stösst sich das Epithel einfach ab und hinterlässt eine rothe, geschwellte Schleimhautfläche. Auf diese Weise wird oft die Schleimhaut der Lippen, Zunge, Wangen, Nase, des Gaumens, Rachens und Kehlkopfs wund und geschwellt und verursacht Schmerzen beim Schlingen, Sprechen und auch Athemnoth. An verschiedenen Stellen der äusseren Haut treten zu gleicher Zeit in verschiedenen Nachschüben ähnliche Bläscheneruptionen auf, welche wunde Stellen mit wuchernden Granulationen und Papillen hinterlassen; auch die Schleimhaut der Vulva, des Afters und Mastdarms wird ergriffen. Die Efflorescenzen heilen, auch an der Schleimhaut, um aber gelegentlich wieder aufzutreten. Dagegen bilden sich wieder unter Fieberbewegungen neue Eruptionen. Auf diese Weise kommt der Kranke immer mehr von Kräften, die Nahrungsaufnahme wird oft ganz unmöglich, und nach circa einem Jahre, selten später, tritt der Tod ein.

Die Therapie kann sich nur auf symptomatische Behandlung beschränken; alle antisyphilitischen Mittel sind gegen dieses furchtbare Leiden wirkungslos.

Schliesslich möchte Referent erwähnen, dass die Veränderungen an der Schleimhaut sehr denen gleichen, welche Biehl (Wiener med. Jahrbücher 1885). kürzlich bei Pemphigus mit hypertrophischem Blasengrunde beschrieb.

CHIARI.

3) **Fremmert** (Petersburg). **Die Parotitis, nach Beobachtungen im Hospital.** *Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 38. Heft 4 u. 5. 24. März 1886.*

Verf. bespricht zuerst die Ansichten der verschiedenen Autoren über die Parotitis und kommt dann zu der Ansicht, dass die Unterscheidung einer idiopathischen und einer deuteropathischen resp. symptomatischen Parotitis nicht gerechtfertigt sei; auch die Verschiedenheit im Verlaufe dieser beiden Formen sei nicht so ausgesprochen, denn einmal könnten gutartige primäre Parotitiden bösartig enden, das andere mal entschieden deuteropathische Formen ziemlich harmlos verlaufen. Zur genauen Fixirung der Prognose und der Form theilt er die Parotitis in eine suppurative, eine necrotische und in eine septische. Er beschreibt dann mehrere Fälle von aussergewöhnlicher Hospitalparotitis, die im Original nachzulesen sind und wendet sich dann zur gewöhnlichen Hospitalparotitis. Die häufigsten Ursachen dieser sind die verschiedenen Typhusarten als Typhus abdominalis, exanthematicus, recurrens, ferner Pneumonieen. In Bezug auf die statistischen Angaben und die Details muss wiederum auf das Original verwiesen werden. Eine absolut schlechte Prognose giebt nur die septische Form.

Prophylactisch empfiehlt es sich, die Parotitiskranken streng zu isoliren, namentlich dieselben nicht in Zimmer zu bringen, in denen Reconvalescenten oder schwere Kranke sich befinden.

Alle Methoden, um die Geschwulst im Anfang zur Zertheilung zu bringen, schlugen fehl, so besonders die Bepinselung mit Jod, Jodoform, Einreibungen, Eisbeutel, warme Fomente; nur durch einfache hydropathische Fomente liess sich

in mehreren Fällen die Geschwulst zertheilen. Sobald sich Fluctuation zeigte, wurde auf der prominentesten Stelle incidirt; denn antiseptische Behandlung, Drainage; accidentelle Erysipele und Phlegmonen wurden nach allgemeinen Regeln behandelt. SCHECH.

4) **Roth** (Bamberg). **Ueber die Incubation und Uebertragbarkeit der Parotitis epidemica.** *Münchener med. Wochenschrift No. 20, 1886.*

Während die meisten Autoren ein sehr verschiedenes, 3—21 Tagen betragendes Incubationsstadium der Parotitis annehmen, gelang es R. in drei Fällen die Incubationszeit bestimmt auf 18 Tage zu fixiren. In einem Falle wurde die Krankheit durch eine gesunde Person (Arzt) verschleppt, in einem anderen Falle erwies sich das Gift noch wirksam, trotzdem Bett und Bettwäsche einer Temperatur von 100 C. ausgesetzt gewesen waren. SCHECH.

5) **Hamilton** (Chester). **Tumor der Parotis. (Parotid tumor.)** *Brit. med. Journal. 2. Januar 1886.*

Demonstration des Präparates, eines Enchondroms, vor der Chester Med. Society am 4. December. Der Tumor hatte 17 Jahre lang bei einem 51jährigen Manne bestanden, und zeigte geringe schleimige Degeneration. Die Lymphdrüsen der Umgebung waren nicht afficirt. Keine Facialislähmung. SEMON.

6) **Gross u. Vautrain** (Nancy). **Reines Chondrom der Parotis. Exstirpation. Heilung. (Chondrome pur de la glande parotide. Extirpation. Guérison.)** *Revue méd. de l'Est. No. 2. 15. Janur 1886.*

Krankengeschichte und Operationsverfahren. E. J. MOURE.

7) **Debout d'Estrées.** (Contrexèville). **Ein neuer Fall von Gicht der Ohrspeicheldrüse. (Um nouveau fact de goutte parotidienne.)** *Soc. de med. et de Chir. de Bordeaux. 20. Nov. 1885. Journ. 1885. — Journ. de méd. etc. de Bordeaux No. 26. 24. Janvier 1886.*

Der Titel giebt den Inhalt wieder. E. J. MOURE.

8) **Kipp. Zwei Fälle von gänzlichem Verlust des Gehörs auf einem Ohre in Folge von Mumps.** *Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. 14. S. 214. 1886.*

Verf. vermehrt die schon früher bekannt gewordenen Fälle von schwerer theilweise unheilbarer Taubheit nach epidemischer Parotitis um zwei weitere und glaubt, dass die Affection in der Schnecke ihren Sitz habe und vielleicht durch embolische Vorgänge bedingt sei. SCHECH.

9) **Gross** u. **Vautrain** (Nancy). **Chondro-Sarkom der Unterkieferdrüse. Exstirpation. Heilung. (Chondro-Sarcôme de la glande sous-maxillaire. Exstirpation. Guérison.)** *Revue méd. de l'Est. No. 2. 15. Januar 1885.*

Krankengeschichte. Operationsverlauf. Reflexionen über Tumoren der Speicheldrüsen. E. J. MOURE.

10) **Gross** u. **Vautrain** (Nancy). **Epitheliom der Unterkiefergegend. (Epithéliome de la région sous-maxillaire.)** *Revue méd. de l'Est. No. 6. 15. Mars 1886.*

Extirpation mit theilweiser Resection des Unterkiefers. Heilung. E. J. MOURE.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **S. O. Van der Poel. Deviationen des Septum narium. (Deviations of the nasal septum.)** *New-York Med. Record. 15. Mai 1886.*

Der Autor lenkt die Aufmerksamkeit auf die Roberts'sche Operation, welche vorzüglich in der ersten der drei aufgestellten Abtheilungen, nämlich bei Deviation des knorpeligen Septums mit Verkrümmung der Nasenspitze, aber auch in manchen Fällen von knöchernen Deviationen, welche von knorpeligen Dislocationen begleitet sind, ihre Anwendung findet. In letzteren Fällen verursacht der Knorpel die meisten Schwierigkeiten und selbst nach seiner Correction bildet der Knochen oft ein genügendes Hinderniss, um die gute Drainage und die freie Athmung zu erschweren. Roberts beschreibt seine Operation folgendermassen: „Mit einem durch das verengte Nasenloch eingeführten Scalpel perforire ich das Septum an seinem oberen und hinteren Theil und mache eine lange Incision nach ab- und vorwärts. Dadurch kann ich das ganze knorpelige Septum nach links schieben (vorausgesetzt, die Verengerung befinde sich im linken Nasenloch) und die seitliche Deformität zum grossen Theil überwinden. Um die Theile in Position zu erhalten, führe ich eine 1¼" lange Stahlnadel in das rechte Nasenloch ein und durch das vordere und obere Segment des gespaltenen Septums ganz hindurch bis nahe zur Columella. Nachdem ich den beweglichen Theil durchbohrt habe, bringe ich den Kopf der Nadel und damit die vordere Partie der Nase nach links und erhalte sie dort, indem ich die Spitze tief in das unbewegliche knorpelige Septum und die Schleimhaut an der hinteren Partie des linken Nasenlochs einsteche. Mit anderen Worten: Ich incidire den deformirten Knorpel und befestige ihn sehr stark in einer Stellung, wie man eine Blume im Knopfloch eines Rockes befestigt."

Van der Poel modificirt dieses Verfahren folgendermassen: Er führt ein scharfes und spitzes Bistouri in das Nasenloch ein, wo die Convexität sich zeigt und perforirt den Knorpel an seinem oberen Rand; die Spitze des Instruments wird in der entgegengesetzten Nasenhöhle von dem kleinen Finger des Operateurs gehalten. So überwacht wird das Messer in verticaler Richtung zum Boden der Nase geführt, dabei den Punkt der grössten Convexität passirend. Dadurch haben wir das Septum in zwei Theile gespalten, einen vorderen und einen hinteren anstatt eines oberen und unteren, wie es von Roberts beschrieben wird. Der Vortheil besteht darin, dass die Nadel einen besseren Angriffspunkt erhält, um die Nasenspitze in die richtige Lage zu beugen; ausserdem kann sie nicht durch die Incision hindurchschlüpfen, wie sie dies häufig bei dem horizontalen Schnitt thut. Wenn man die Incision macht, ist es gut, den Griff des Bistouris leicht zu heben, um die Ränder der Schnittflächen so zuzurichten, dass, wenn das Septum nach hinten in Position gerückt wird, die beiden Theile über einander reiten und mittelst einer Nadel in dieser neuen Stellung vereinigt gehalten werden.

Eine andere Modification ist die Anwendung eines Schildes in dem verengten Nasenloch, um zu verhüten, dass die Nadel durchschwärt und zugleich einen breiteren Hebelpunkt zu geben. Die Nothwendigkeit hierfür ist dadurch begründet, dass in vielen Fällen das Septum einige Tage nach der Operation ober-

und unterhalb der Nadel sich vorbaucht, weil der Knorpel, besonders in seinem centralen Theile, ausserordentlich dünn ist; seine anscheinende Dicke verdankt er nur der doppelten Schleimhautlage, welche ihn auf beiden Seiten bedeckt. Um diese Tendenz zu beseitigen, construirte man ein kleines metallisches elliptisches Schild mit einem Auge im Centrum seiner flachen Seite, durch welches die Nadel hindurchgeht, das Septum wird durch das vordere der mittelst Incision erhaltenen Segmente hindurch von der Nadel perforirt und zwar im rechten Winkel zur Axe des Nasenlochs; die Spitze der Nadel geht dann durch das Auge im Schild, welches in dem convexen Nasenloch oberhalb der Schnittlinie gehalten wird. Die Nadelspitze wird hierauf rückwärts geschoben, bis das knöcherne Septum erreicht wird und, indem man den Knorpel ein wenig über die Medianlinie hinausdrängt, lässt man die Spitze gegen die Seitenwand des Vomer auf derselben Seite eindringen, von welcher sie ausgegangen war, d. h. die Spitze tritt ein und aus in demselben Nasenloch. Wenn z. B. das rechte Nasenloch verengt ist, so soll die Nadel durch das linke eingeführt werden. Sie durchbohrt dann das Auge am Schild, wird gerade nach hinten parallel der Axe des Bodens der Nase geführt und verbleibt dann in der Schleimhaut an der linken Seite des knöchernen Septums — ohne dass sie nöthig hat, in die linke Nasenhöhle selbst einzugehen. Das Princip, nach dem sie wirkt, ist das eines Hebels zweiter Ordnung: die Kraft wird durch den Nadelknopf, das Gewicht durch die Convexität des Septums und der Stützpunkt durch das knöcherne Septum repräsentirt. LEFFERTS.

12) **E. Baumgarten** (Pest). **Die Krankheiten der Nasenscheidewand. (Ar orrsovèng betegségei.)** *Orvosi hetilap. No. 3 und 4. 1886.*

Besprechung sämmtlicher Affectionen der Nasenscheidewand, deren Behandlung und Differential-Diagnose. Strenge Theilung der traumatischen Rhinitiden in 1) solche, welche durch ein äusseres Trauma und 2) durch schädliche Einathmung entstanden sind. Anführung eines Falles von Perforation bei Arsen-Beschäftigung und eines Sarcoma septi. Hervorgehoben wird das äusserst seltene Vorkommen eines senkrechten Septums. AUTOREFERAT.

13) **V. Cozzolino** (Neapel).. **Deviationen des Septum, der Knochen und Knorpel der Nase. (Deviazioni del setto nasale, delle osse e cartilagini nasali. — Loro trattamento dalto punto di vista medico e della simmetria del viso)** *Estratto dal Morgagni. 1886.*

C. hat wie Semeleder u. A. gefunden, dass das Septum meist nach links verbogen ist und dass die Verbiegung gewöhnlich den knorpligen Theil betrifft. Der Satz, den er aufstellt, dass von den beiden Nasenhöhlen die linke, meist engere, immer stärker erkrankt und oft die allein erkrankte sei, dürfte nicht ohne Einschränkung gelten, denn häufig wird die weitere Nasenhöhle gerade ihrer Weite wegen der Sitz pathologischer Veränderungen.

C. acceptirt die Eintheilung Löwenberg's, der die Deviationen nach ihrem Sitz und ihrer Richtung classificirt (obere und untere, horizontale und verticale).

Es folgen zwei selbstbeobachtete Fälle. Im ersten bestand eine Deviation des ganzen knorpeligen Theils des Septum nach links mit vollständigem Verschluss des linken Nasenganges, mit beständigen Cephalalgieen, Beklemmungen

und nervösen Störungen. Im zweiten bestand die gleiche Deviation ohne completen Verschluss, bei gleichzeitiger chronischer hypertrophischer Rhinitis.

Den blutigen Operationsmethoden zieht C. die von Jurasz verbesserte Methode von Adams vor. Das Instrument von Jurasz hat er selbst in so fern modificirt, als er diejenige Branche, welche auf die Convexität der Deviation zu liegen kommt, um die Hälfte kürzer anfertigen und beide Branchen mit Kautschuk überziehen lässt. Er beschreibt und empfiehlt auch das Instrument von Delstanche. Zur Nachbehandlung verwendet er Kautschukoliven von 4—6 Ctm. Länge, die er vorher in Cocainlösung taucht.

Zum Schluss spricht er noch über die Deviationen der Nasenknochen und der Nase in toto und über einige Missbildungen sowie über die Fracturen und die „orthorhinische" Behandlung dieser Zustände. KURZ.

14) **Roux** (Lausanne). **Verkrümmung der Nasenscheidewand. (Déviation de la cloison du nez.)** *Revue méd. de la suisse romande. No. 4. 1886.*

Zwei Fälle wurden nach einer der Petersen'schen ähnlichen Methode operirt, indem die Schleimhaut auf beiden Seiten der Scheidewand als Lappen von dem herauszuschneidenden Stück abgelöst und nachher wieder reponirt wurde; dann Einführung von Wattetampons mit Jodoform. Erfolg vollständig: Nase gerade gerichtet und beiderseits sehr gut für die Luft durchgängig. Beidemal keine Wund-Reaction. JONQUIÈRE.

15) **Hubert. Ueber die Verkrümmung der Nasenscheidewand und deren Behandlung.** *Münchener med. Wochenschr. No. 19. 20. 1886.*

Der erste Theil der lesenswerthen Abhandlung ist der Häufigkeit, den Ursachen und Folgen sowie der Diagnose der Septumdeviationen gewidmet, während sich der zweite Theil mit den verschiedenen Methoden zur Beseitigung des Uebels beschäftigt. H. kommt zum Schlusse, dass es keine einzige Methode giebt, welche allen Anforderungen entspricht und ohne Ausnahme in allen Fällen die Verkrümmung mit sicherem Erfolge beseitigt; in dem einen Fall passt mehr die orthopädische, in dem anderen mehr die operative Behandlung. Die Durchbohrung des Septums verwirft H., indem es nicht erlaubt sei, eine Verstümmelung der Nase zu erzeugen. Viel besser sind die Methoden, bei denen der vorstehende Theil des Septums resecirt und eine Perforation vermieden wird. Für Deviationen im vorderen Theil empfiehlt er den Jurasz'schen Compressor, für frische Deviationen die methodische Geradestellung mittelst Wattetampons, für knöcherne Deviationen und Schiefstellungen des Vomer die Galvanokaustik. Alle drei Methoden werden durch entsprechende Krankengeschichten illustrirt. SCHECH.

16) **B. Fränkel. Knochenleiste auf dem Septum narium.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 24. S. 396. 1886.*

Im Anschluss an den Vortrag Heymann's (wird baldigst referirt werden, Red.) demonstrirt Fr. in der Berl. med. Gesellsch. eine knöcherne Leiste auf dem Septum und giebt eine Abbildung des Präparats: Die Leiste, welche zum grösseren Theil aus Knorpel besteht, ist 2,4 Ctm. lang, und erhebt sich bis zu 1 Ctm. Höhe über die Fläche des Septums. Ihr freier Rand ist scharf, wie die Schneide eines Messers. Fr. betont die pathologische Dignität solcher Leisten. AUTOREFERAT.

17) **John B. Roberts. Zwei Fälle von Abscess des Nasenseptum und Demonstration von Instrumenten zur Heilung krummer Nasen. (Two cases of abscess of the nasal septum and exhibition of instruments for curing crooked noses.)** *The Polyclinic Philad. Vol. III. No. 10. 1886.*

Beide Fälle waren traumatischen Ursprungs und wurden durch eine ergiebige Incision geheilt.

Dr. Roberts's Methode zur Behandlung krummer Nasen durch ergiebige Incision und Fixirung der Position durch lange Nadeln ist bereits vor einigen Jahren beschrieben worden. Weitere Erfahrungen haben den Werth der Methode bestätigt. Unterstützt durch freie subcutane Osteotomie der Nasenbeine, bietet sie grosse Erfolge bei Deformität, Verschluss und anderen Störungen gebrochener oder congenital missgestalteter Nasen dar. LEFFERTS.

18) **O. Chiari** (Wien). **Ueber Neubildungen der Nasenscheidewand.** (In's Französische übersetzt von Dr. L. Lichtwitz.) *Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. No. 3. 1886.*

Nach Ausscheidung der knöchernen und knorpeligen Excrescenzen bespricht der Verf. die Hypertrophien der Weichtheile, die Schleimpolypen, Papillome, Myxome, Fibrome, Enchondrome, Adenome und Mischgeschwülste, welche bis jetzt veröffentlicht wurden. Es sind das im ganzen 24 Fälle, darunter 7 eigene Beobachtungen. Gestützt auf genaue histologische Untersuchungen weist er nach, dass am Septum alle obgenannten Geschwulstformen vorkommen und besonders, dass auch echte Myxome nicht fehlen. AUTOREFERAT.

19) **E. F. Henderson. Ein Vorschlag zur Behandlung der hypertrophischen Nasenmuscheln. (A suggestion in regard to the treatment of hypertrophy of the turbinated processes.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. Jan. 1886.*

Der Autor wirft die Frage auf, ob wir nicht ein Heilmittel finden könnten, welches wir — nach Säuberung der Nasenhöhlen mit einem warmen Spray — mittelst einer feinen Pravaz'schen Spritze zu injiciren vermögen, um mit geringer Schädigung der Schleimhautoberfläche eine Absorption (des hypertrophischen Gewebes) zu bewirken. Sollten z. B. kleine Injectionen von Acid. carbol., Acid. acet., Acid. citric., Ergotin, oder anderen Mitteln nicht im Stande sein, Absorption zu bewirken und das excessiv gefässreiche Gewebe zu obliteriren? LEFFERTS.

20) **F. Churchill** (London). **Necrose des Vomer. (Necrosis of vomer.).** *Brit. Med. Journal. 23. Jan. 1886.*

Demonstration eines an mehrfachen Zeichen congenitaler Syphilis leidenden Knaben, bei welchem sich der ganze Vomer ohne Läsion des weichen Gaumens abgestossen hatte, am 19. Januar 1886 vor der Pathol. Society of London. SEMON

21) **Alex W. Mac Coy. Bemerkungen über einen Fall von Necrose des Vomer. (Notes on a case of necrosis of the vomer.)** *Philad. Med. and Surg. Rep. 3. April 1886.*

Es handelt sich um einen Fall von Syphilis, der geheilt wurde. LEFFERTS.

22) **G. Kispert** (Madrid). **Fremdkörper in der Nase. (Cuerpos extranos en las fosas nasales.)** *El Genio Médico-Quirurgico N. 1500. p. 42. 22. Jan. 1886.*

1881: 7jähriger Knabe hatte seit 2 Jahren einen Knopf in der linken Nasenhöhle. 1882: 11jähriger Knabe trug 9 Jahre hindurch einen Knopf, stark corrodirt, in der unteren Nasenhöhle. 1885: 4jähriges Mädchen hatte seit 2 Jahren in der unteren Nasenhöhle einen Pinienkern, 2 cm lang und 0,5 cm breit. Die Knöpfe konnten mit Pincette entfernt werden, der Pinienkern dagegen mittelst eines länglichen löffelartigen Instrumentes. Rasche Heilung. AUTOREFERAT.

23) **D. Bryson Delavan. Fremdkörper in der Nase; eine klinische Vorlesung. (Foreign bodies in the nose, à clinical lecture.)** *Gaillard's Med. Journ. Jan. 1886.*

Eine interessante Verlesung, welche in knapper Form Alles vollständig bringt, was zu dieser Frage gehört. Neu sind folgende Punkte: 1) Der Rath Delavan's, Cocain anzuwenden, um eine Retraction der geschwollenen und verdickten Gewebe herbeizuführen. Dadurch werden die Nasenwege erweitert und die Entfernung der Fremdkörper erleichtert. Ausserdem hat man noch den Vortheil, dass man während der instrumentellen Manipulation durch das Cocain (4 pCt.) Anaesthesie hat.

2) Die Empfehlung, Sajous' Anweisung in solchen Fällen zu befolgen, wo es schwer hält, das Object zu fassen: Man führe eine Schlinge feinen Drahts durch die Nase unterhalb des Fremdkörpers in den Pharynx; alsdann eine ähnliche zweite oberhalb desselben. Hierauf zieht man beide Schlingen vorwärts zum Munde und befestigt an jeder ein Stück Band. Nun zieht man das Band von hinten nach vorn, bis der Gegenstand von demselben eingeschlossen wird; dadurch wird er aus der Nase gezogen in ähnlicher Weise, wie man einen Kork aus der Flasche zieht. LEFFERTS.

24) **D. Bryson Delavan. Eine neue Methode zur Entfernung der Fremdkörper aus der Nase. (A new method for the removal of foreign bodies from the nose.)** *New-York. Med. Record. 23. Jan. 1886.*

Die Anwesenheit eines Fremdkörpers in der Nasenhöhle ist gewöhnlich von deutlicher Schwellung der benachbarten Schleimhaut begleitet. Seine Extraction mit einem der üblichen Mittel hat gewöhnlich Schmerzen, oft sehr schwere zur Folge und ist nicht selten mit starker Hämorrhagie verbunden. Nach dem, was wir über die physiologische Wirkung des Cocain auf die Nasenschleimhaut wissen, ist es einleuchtend, dass man bei Anwendung desselben alle die genannten Schwierigkeiten in solchen Fällen überwinden kann. LEFFERTS.

25) **F. F. Rumbold. Nasenspeculum. (Nasal speculum.)** *St. Louis Med. Surg. Journ. XLIX. p. 128. 1885.*

Das Instrument ist 24 cm lang. Zwei flache bewegliche Blätter werden von einem langen Handgriff zusammengehalten. LEFFERTS.

26) **Henry Schweig. Ein neues Nasenspeculum. (A new nasal speculum.)** *New-York. Medical Monthlg. Juni 1886.*

Dasselbe ist von Elsberg erfunden, soll sich selbst halten und keine Schmerzen beim Oeffnen hervorrufen. W. J. SWIFT. (LEFFERTS).

27) **Keimer** (Freiburg). **Casuistische Mittheilungen über die Erkrankungen der Bursa pharyngea.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3 u. 4. 1886.*

Das Material stammt aus Hack's Klinik; die Untersuchung konnte meist ohne Gaumenhaken vorgenommen werden, Cocain kam selten zur Anwendung, Menthol wurde als zu schmerzhaft und öfters brechenerregend wieder verlassen. Nöthig ist ferner eine passend gekrümmte Nasenrachensonde, die bei starker Entwicklung der Protub. ant. des Atlas an der Spitze nochmals nach hinten gebogen sein muss.

1. Kirschgrosse Geschwulst der Bursa, aus der sich Eiter entleert (Cyste). Aetzung mit Lapis in Substanz und Spray mit Alumin. acetico-tartar., das letztere wird vom Verf. besonders empfohlen bei atrophischen Rachencatarrhen und Rhinitis atroph. non foetida; einmal will Verf. sogar die atrophische Schleimhaut in eine hypertrophische umgewandelt haben. Heilung.

2. Catarrh der Bursa; galvanok. Behandlung und Spray mit Alum. acetico-tart. Heilung.

3. Granula, Hypertrophie der Seitenstränge, Choanentheil des Pharynx schleimbedeckt, Schwellung der Regio interaryt., Schwellung der Nasenschleimhaut, mit dem Aufhören des Processes an der Bursa verschwanden die Nasenerscheinungen nicht.

4. Polypoide Wucherungen an der Bursamündung, galvanok. Zerstörung, Heilung.

5. Hysterica; Pharyngit. granul. et hypertrophica lateralis; Eröffnung der cystisch erweiterten Bursa und galvanok. Ausbrennen, Heilung.

6. Bursitis catarrhalis und Hypertrophie der Nasenschleimhaut; Galvanokaustik, Heilung.

7. Catarrh der Bursa; Galvanokaustik; wegen zu kurzer Beobachtungszeit nur Besserung.

8. Cyste der Bursa; Combinatien mit Magenbeschwerden; Spaltung der Cyste. Heilung.

Verf. konnte also die interessanten Beobachtungen Tornwaldt's bestätigen; nur möchte er im Gegensatz zu diesem die gleichzeitig bestehende Nasenaffection nicht für die Folge der Bursitis erklären, sondern umgekehrt die letztere für die Folge der Rhinitis; die blosse Anwesenheit von austerschalenartigen Borken im Nasenrachenraum ist noch kein directer Beweis für die Erkrankung der Bursa; zur Diagnose gehört unbedingt die Sondirung nach vorheriger Entfernung der Borken.

SCHECH.

28) **P. Massucci** (Neapel). **Ein Fall von Cyste der Bursa pharyngea. (Un caso di cisti della borsa faringea.)** (Kein Verlag angegeben.)

Bei einer Frau von 45 Jahren, die von Jugend an an Catarrhen gelitten, seit 3 Jahren trockenen Husten mit asthmatischen Anfällen und Cephalalgie gehabt hatte, fand C. ausser Schleimpolypen in der Nasenhöhle eine gelbliche Neubildung an dem Dach des Pharynx mit einem schwarzen Punct in der Mitte. Nach Entfernung der Polypen eröffnete er die Cyste mittelst einer Sonde, an welche Chromsäure zugeschmolzen war. An Stelle der Auftreibung fand sich nun

bei der Untersuchung eine leichte Vertiefung, aus welcher eine geringe Menge weisser Flüssigkeit quoll. Die Cystenwand wurde mit Höllenstein geätzt.

Es folgt die Beschreibung der Bursa pharyngea nach Luschka und hierauf eine Uebersicht über die Arbeiten der verschiedenen Autoren mit besonderer Berücksichtigung der Tornwaldt'schen Publication. KURZ.

## c. Mundrachenhöhle.

29) **Helmkampff. Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Mundes und Rachens, sowie der Krankheiten der Zähne.** Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1886.

Wenn auch gerade kein dringendes Bedürfniss zu dem angezeigten Buche vorlag, so enthält dasselbe doch eine grosse Anzahl gut gearbeiteter und für den Practiker wichtiger Capitel. Die Aufnahme von Zahnkrankheiten mag — wie Verf. selbst fühlt — etwas abnorm erscheinen, doch muss man demselben beipflichten, wenn er sagt, dass die Kenntniss derselben leider bei den Nichtzahnärzten noch eine sehr mangelhafte sei. Am besten bearbeitet sind unstreitig die Mundkrankheiten; stiefmütterlicher behandelt sind die Krankheiten des Rachens; von den Neurosen findet nur die Hyperästhesie Erwähnung, während die motorischen Störungen, die Blutungen, die Fremdkörper sowie die adenoiden Wucherungen einfach übergangen werden. Das absprochende Urtheil über die unheimlichen Tonsillotome, bei welchen man lange nicht so Herr der Situation sei, wie beim einfachen geknöpften Messer, lässt darauf schliessen, dass Verf. mit Kindern nichts oder sehr wenig zu thun hatte. Anerkennenswerth ist der therapeutische Theil. SCHECH.

30) **Ziem. Ueber die Abhängigkeit einiger Augenleiden von Rachenkrankheiten.** *Allgem. med. Centralzeitung. No. 20. 1886.*

Verf. meint, der Einfluss der Affectionen der Nase und des Rachens auf die Entstehung von Augenaffectionen sei bisher noch nicht hinreichend gewürdigt worden. So könnten namentlich Bindehautcatarrhe und Affectionen des Thränennasencanals durch Wucherungen im Nasenrachenraume, Polypen und Schleimhauthypertrophien der Nase, Hypertrophie der Mandeln, Spaltbildungen am weichen und harten Gaumen bedingt resp. unterhalten werden. Verwachsungen im Rachen haben Störung der Thränenleitung nicht nothwendig im Gefolge. Blepharospasmus ist zuweilen durch Reizzustände im Nasenrachenraume bedingt. Die Operation der adenoiden Wucherungen sowie Amputation geschwellter Tonsillen hat oft die günstigste Wirkung auf die Heilung von Augenleiden, was Verf. durch mehrere Krankengeschichten illustrirt. SCHECH.

31) **K. Touton** (Wiesbaden). **Casuistisches zum Lichen ruber planus der Haut und Schleimhaut.** *Berl. Klin. Wochenschr. No. 23. p. 374. 1886.*

Die Affection der Mundschleimhaut beschreibt T. folgendermassen; „An den beiden Wangen confluirte und isolirte, weisse rundliche Plaques mit hirsekorngrossen, etwas zugespitzten Knötchen, derb und rauh, stellenweisse von tiefen Furchen durchzogen, die Umgebung stärker geröthet. Narbenähnliche Stellen

zwischen den Plaques konnte ich jedoch, ebensowenig wie Erosionen um dieselben constatiren. Das gleiche Bild an den Lippen und am Zahnfleisch. An der Zunge nur weisse, vollständig im Niveau des Gesunden gelegene Flecken oder Streifen. Pospelow hebt besonders die zickzackförmige und ringähnliche Anordnung der perlmutternen Streifen und weissen Knötchen hervor." Therapie: Arsenik und Sublimatpinselung. B. FRAENKEL.

32) **Ludwig Edinger** (Frankfurt a. M.). **Verlust des Sprachvermögens und doppelseitige Hypoglossusparese, bedingt durch einen kleinen Heerd im Centrum semiovale.** *Deutsch. Med. Wochenschrift No. 14. 1886.*

Beobachtung und Sectionsergebniss, deren Punctum saliens die Ueberschrift deckt. Das Gehirn wird abgebildet. Der Heerd betrifft eine Stelle des Gehirns, die Bidot und Wernicke bereits als vermuthlichen Durchgangspunkt der centralen motorischen Sprachbahn bezeichnet haben. B. FRAENKEL.

33) **E. Remak** (Berlin). **Ueber saturnine Hemiatrophie der Zunge.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 25, 1886.*

Bei einem in der Psychiatrischen Gesellschaft vorgestellten 41jährigen Patienten, der viel und unvorsichtig mit Blei umgegangen war, fand sich neben Bleilähmung der oberen Extremitäten: doppelseitige Lähmung der Mm. crico-arytaenoidei postici und der interni, Parese der rechten Gaumensegelhälfte, rechtsseitige Hemiatrophie der Zunge mit partieller Entartungsreaction und Deviation nach rechts, sowie reflectorische Pupillenstarre beiderseits und leichte Ptosis rechts. R. plaidirt dafür, dass in diesem Falle eine Ausnahme von der Regel, dass die Bleilähmung mit Ausnahme der Glottismuskulatur die Hirnnerven nicht befiele, zu supponiren sei, und dass auch die Zungenatrophie und die ocularen Erscheinungen als durch die Bleiintoxication hervorgerufen angesehen werden müssten. Nach Böcker's Untersuchung waren die Stimmbänder in diesem Falle permanent adducirt, so dass bei tiefer Inspiration die Process. vocal. nur 2 Mm. weit von einander waren. Bei der Phonation flottirten die Stimmbänder und bildeten einen ovalen Spalt. B. FRAENKEL.

34) **Stewart. Tuberculose der Zunge. (Tuberculosis of the tongue.)** *Montreal Med. Chir. Society, Philad. Med. News, 29. Mai 1886.*

Patientin litt nach der Anamnese und den Symptomen an Lungenphthisis. Sie war heiser, klagte über Schmerzen im Larynx und im Halse beim Schlucken. Dr. Major hatte den Kehlkopf untersucht und einen Tuberkelknoten von der Grösse eines Weizenkornes in dem Interarytaenoidraum gefunden. Die Zungenspitze war oberflächlich ulcerirt, beinahe in der Grösse eines Kleinfingernagels. Von dem Centrum des Ulcus erstreckte sich eine Fissur in die Substanz der Zunge, ca. $^3/_4$ Zoll tief. Das unmittelbar benachbarte Gewebe war hart und knotig. Es bestand weder Schmerz auf Druck, noch Absonderung. Kurze Zeit, nachdem das Geschwür bemerkt worden war, empfand Patientin starke Schmerzen in demselben. Diese nahmen zu, bis sie in Dr. Stewart's Behandlung kam. Damals waren sie so heftig, dass Patientin weder essen noch sprechen konnte. Die locale Application von Jodoform beseitigte zwar sofort die Schmerzen, ohne aber den

Krankheitsprocess sonst irgendwie zu beeinflussen. Zuletzt wandte Dr. Stewart local eine Mischung von gleichen Theilen einer $^1/_2$ proc. Papayotinlösung, Glycerin und Wasser an, welche die tuberculöse Infiltration direct beeinflusste. Er glaubt, dass das Mittel wegen seiner wohlbekannten Fähigkeit, albuminöse Gewebe aufzulösen, von Nutzen gewesen sein möchte. LEFFERTS.

35) **B. L. Millikin. Ein Fall von anomaler Entwicklung der vorderen Bogen des weichen Gaumens. (A case of anomalous developement of the anterior pillars of the soft palate.)** *Cleveland Med. Gaz. I. p. 170. 1885/86.*

Die Uvula und der hintere Rand des weichen Gaumens waren nach Aussehen und Bildung normal. Ungefähr von der Mitte der vorderen Bögen jedoch gingen dicke, schwere, breite, muskulöse Bänder ab, welche sich aussen erweiterten und zuletzt fest an den Seiten und dem Rücken der Zunge befestigten, sich 2—3 Linien auf den Rücken hin erstreckend. LEFFERTS.

36) **A. Cahn** (Strassburg). **Ueber Gaumengeschwüre bei Typhus abdominalis.** Aus Prof. Kussmaul's medicinischer Klinik. *Berl. klin. Wochenschr. No. 14. 1886.*

Fünf Fälle von Gaumengeschwüren bei Typhus. 1. Ein Fall, der 1884 von Dr. A. Schott in seiner Inauguraldissertation bereits beschrieben wurde. „An den vorderen Gaumensegeln, nahe dem Uebergang zum harten Gaumen, sieht man in ganz symmetrischer Anordnung zwei scharf ausgeschnittene, 20 Pfennigstückgrosse, blassgraue, mit feinen Eiterpünktchen besetzte flache Geschwüre". Dieselbe fangen eine Woche später an zu granuliren und heilten ohne jede Narbe. Die Diagnose bot ungewöhnliche Schwierigkeiten, da der Patient keine Roseola, wohl aber linke Spitzendämpfung zeigte. In der Reconvalescenz bekam er Perforationsperitonitis und starb. Die Section ergab 8—10 Tage alte markige Infiltration der Peyer'schen Plaques. 2. Bei einem 29jährigen Mann entstanden am 7. Tage gleichzeitig mit der Roseola Gaumengeschwüre. „Dieselben waren ganz flach, kreisrund, scharf ausgeschnitten; ihr Boden hatte eine mattrothe Färbung und zeichnete sich deutlich von einem schmalen, lebhaft injicirten Rande ab, welchen hier wiederum ein graulicher Hof umgab. Das eine Geschwürchen mass etwa zwei Millimeter, das linke und das kleinere rechtsseitige 1 Mm." Sie heilten nach 2 Tagen. Der 3. u. 4. Fall zeigte ebenfalls in der zweiten Woche gleiche Geschwüre mit gleichem Verlauf. Im 5. Falle bildeten sich während der Beobachtung am 11. Krankheitstage am Arcus palatoglossus etc. 5 Geschwüre aus, die bis zum 18. Krankheitstage bestehen blieben. Später trat ein Decubitalgeschwür an der Zunge ein. Ref. kann aus eigener Erfahrung dem Verf. beipflichten, dass bei methodischer Untersuchung des Rachens solche Geschwüre beim Typhus häufiger gefunden werden, als man gewöhnlich annimmt: Auch hält er mit dem Verf. sie für ächte Typhusgeschwüre und nicht für ein Exanthem, für welches ihre zeitliche Coincidenz mit der Roseola sprechen könnte. Verf. betont, dass das Ansehen der Geschwüre, die klein, kreisrund, scharf- und glattrandig seien und rasch vernarbten, charakteristisch genug sei, um sie auch zur Erkennung des Typhus zu verwerthen. B. FRAENKEL.

37) **J. Hermantier. Ueber die Tuberculose des Gaumens. (De la tuberculose de la voûte palatine.)** *Thèse. Paris. No. 115. 1886.*

Nach einem kurzen historischen Ueberblick wird die pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der Tuberculose des Gaumens besprochen. — Acht Beobachtungen, von denen eine persönlich, beschliessen die Arbeit. E. J. MOURE.

38) **Julius Wolff** (Berlin). **Ueber die Behandlung der Gaumenspalten.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 33. 1. Heft. 1886.*

Verf. findet im Gegensatz zu Hüter, dass die Gaumenspalten für den Chirurgen ein sehr dankbares Feld sind. Er hat die besten Erfolge erzielt durch Operation d. h. Verschluss der Spalte mit möglichster Schonung des vorhandenen Materials, dann durch darauffolgende Prothese d. h. Einlegen des Schiltsky-Wolff'schen hohlen Rachenobturators aus vulcanisirtem Weichgummi und endlich durch einen länger fortgesetzten methodischen Sprachunterricht. Ohne diese beiden letzteren Factoren erzielt man meist keine glänzenden Resultate; desgleichen mit der Prothese allein ohne Operation. Verf. unterwirft nun die verschiedenen Operationsmethoden: 1) die Gaumenprothese ohne Operation, 2) die Knopflochprothese nach Passavant, 3) die Staphyloplastik nach Trendelenburg-Schönborn, 4) die Gaumenschlundnaht vor Vereinigung der Spaltränder, 5) die Gaumensegelverlängerung nach Küster und 6) die Nachoperationen nach gelungener Uranoplastik und Staphylorraphie einer detaillirten Besprechung, die im Original nachzulesen ist. Verfasser führt die Operation bei herabhängendem Kopfe aus mit möglichst geringem Blutverlust mittelst seines Verfahrens der methodisch geübten temporären Wundcompression. Zur Nachbehandlung spült er bei herabhängendem Kopfe die Mundrachenhöhle mit lauwarmem Salicylwasser aus; wodurch fast jedesmal das Verheilen der ganzen Spalte durch eine einzige Operation gewährleistet wird. SCHECH.

39) **Gussenbauer** (Prag). **Melanotisches Sarcom des harten und weichen Gaumens.** Demonstration im Vereine der deutschen Aerzte in Prag in der Sitzung vom 26. Februar 1886. *Prager med. Wochenschr. No. 9. 1886.*

Am 4. Februar 1882 wurde der Tumor mit dem Thermocauter und dem Raspatorium entfernt. Am 16. Januar 1886 Operation eines Recidivs, welches das Velum und den grössten Theil des harten Gaumens, beide Mandeln und Zungengaumenbogen, den rechten Rachengaumenbogen und einen Theil der seitlichen Rachenschleimhaut einnahm. Operation nach der Roser'schen Methode mit Meissel und Hammer unter starker Blutung. Heilung durch Granulation. Schlingen und Sprechen ziemlich gut. CHIARI.

40) **Heurtaux. Gelapptes Epithelioma des Oberkiefers. (Epithéliome lobulé du maxillaire supérieur.)** *Soc. anatom. de Nantes. 10. Februar 1886. — Gaz. méd. de Nantes. No. 5. 9. März 1886.*

Der Tumor, der einem 60 bis 65 Jahre alten Manne entfernt wurde, hatte den Alveolarrand und den harten Gaumen eingenommen und sich nach rückwärts bis in's Gaumensegel erstreckt. Auch der Sinus maxillarus war ergriffen

gewesen. Bei der Operation entfernte man einen Theil des Oberkieferbeins, liess aber den Boden der Orbita unberührt. H. meint, dass das Neugebilde vom Alveolarfortsatze ausgegangen sei. E. J. MOURE.

41) **Coupard** (Paris). **Fremdkörper des harten Gaumens, ein gangränöses Geschwür vortäuschend. (Corps étranger de la voûte palatine simulant une plaque gangréneuse.)** *Revue mens. des mal. de l'enfance. Mars 1886.*

Bei einem einjährigen Kinde, das beim Trinken zu leiden schien, endlich ganz aufhörte zu trinken und in Folge dessen abmagerte, wurde von den herbeigerufenen Aerzten ein bösartiges Geschwür am harten Gaumen diagnosticirt. — C. constatirte aber mit Hilfe der Sonde, dass dieses scheinbare Geschwür nichts anderes war als ein Stück einer Apfelkernhülse, mit deren Entfernung Heilung eintrat. E. J. MOURE.

42) **W. W. Tompkins. Plötzlicher Tod nach Excision der Uvula. (Sudden death following excision of the uvula.)** *Medical Record N.-Y. 19. Juni 1886.*

T. berichtet über den Fall eines Negers von 30 Jahren, welcher ihn wegen ständigen Kitzels im Hals und geringer Athembeschwerden consultirte. Die Untersuchung ergab, dass die Uvula sehr vergrössert war und bis auf die Zungenbasis hinabreichte. Es wurde die Abtragung empfohlen; da der Patient sich jedoch vor der Operation fürchtete, so wurde ein Gargarisma verordnet. Noch an demselben Tage jedoch wurde Dr. Tompkins vom Patienten gerufen, um die Uvula abzuschneiden. Es wurde ein kleines Stück entfernt, und Patient gab selbst an, dass er sich besser fühle. Wenige Minuten später kam ein Stubengenosse des Pat. zum Arzt und theilte mit, dass Pat. gestorben wäre. Es hatte eine kleine Blutung bestanden, und die Operation schien alle Symptome gehoben zu haben. Bei der ersten Visite hatte zwar der Patient mitgetheilt, dass er ein Herzleiden habe; da er jedoch nass und schmutzig war, weil er Nachts mit Graben beschäftigt gewesen war, so wurde keine physicalische Untersuchung vorgenommen. Dr. Tompkins hatte daran gedacht, Aether zu geben; es war ihm aber nachher sehr lieb, dass er es unterlassen hatte. Der Tod war offenbar durch das Herzleiden eingetreten; wahrscheinlich war jedoch die durch die Operation gesetzte Aufregung die unmittelbare Ursache desselben. Der Vater des Patienten war vor drei Jahren unter einigermassen ähnlichen Umständen gestorben.

LEFFERTS.

43) **Martin F. Coombes. Aneurysma der linken Carotis interna an ihrem äussersten oberen Theil, Ruptur in den Pharynx. (Aneurism of the left internal carotid artery in its exstreme upper portion, rupturing into the pharynx.)** *The medical Herald Louisville ky. Febr. 1886.*

Die genauen klinischen Details dieses interessanten und seltenen Falles finden sich in dem Originalartikel. Patientin litt an wiederholten schweren Halsblutungen, die durch äussere Compression der Carotiden nicht zu stillen waren; während einer solchen Blutung starb sie. Bei der Autopsie fand man, dass der aneurysmatische Sack an dem äussersten oberen Ende der Carotis interna gebildet und zwischen dem Kieferwinkel und dem Cervicaltheil der Wirbelsäule eingekeilt war, sich beinahe bis an die Schädelbasis erstreckend. Er war

nur ½ Ctm. von dem Canalis caroticus entfernt, ungefähr 4,5 Ctm. lang, doch war der Durchmesser etwas kleiner, wenn kein Blut ihn ausgedehnt hatte. Ueber Syphilis oder eine locale Verletzung wird Nichts mitgetheilt. LEFFERTS.

44) **Maschka** (Prag). **Vergiftung durch chlorsaures Kali.** *Wien. med. Wochenschrift. No. 15. 1886.*

Ein Kranker, dem man wegen einer Halsentzündung Kali chloricum zum Gurgeln verordnet hatte, bekam aus Versehen seiner Umgebung innerhalb 6 Stunden ca. 16 Grm. davon in Wasser gelöst innerlich und starb 5 Stunden darauf. Die gerichtliche Obduction bestätigte die Vergiftung. Referent glaubt, dass man gut thäte, von diesem doch immerhin gefährlichen Mittel keinen Gebrauch mehr zu machen, da es ja leicht durch andere ersetzt werden kann.

CHIARI.

## d. Diphtheritis und Croup.

45) **F. Obtulowicz** (Buczacz). **Ueber Diphtherie vom aetiologischen und pathogenetischen Standpunkt. (O dyfteryi, szczególniej pod wzyledem etyjologicsnym i patogenetycznym.)** *Przeglad lekarski R. No. 3. 4. 6. 7. 8. 9. 10. 12. 14. 16. 18. 19. 20. 21. 22. 1886.*

In einer grösseren Arbeit bespricht der Verfasser, nach Berücksichtigung des historischen Theiles dieser Krankheit, ihre Aetiologie und liefert einen kritischen interessanten Beitrag zur Therapie dieser Affection. Die Zahlen, welche die Häufigkeit derselben in Galizien erweisen, verdienen wohl etwas ausführlicher angegeben zu werden. Aus den amtlichen Berichten vom Jahre 1878 bis 1882 folgt, dass im Jahre 1878 in Galizien an Croup und Diphtheritis 18,489 Personen gestorben sind. Im Jahre 1879 erlagen derselben 13,335 Kranke, im Jahre 1880 starben 15,387 Personen, im Jahre 1881 forderte dieselbe 15,764 Opfer; 16,975 Personen sind ihr im Jahre 1882 erlegen. — Aus den Ziffern des Verf.'s ergiebt sich weiter, dass in Galizien jährlich ca. 40,000 Personen an Diphtheritis erkranken und der Procentsatz der Sterblichkeit 45,1 beträgt. Die Krankheit herrscht vorwiegend in den Herbstmonaten und betrug die Sterblichkeit, was das Alter anbetrifft, 40 pCt. in den 2 ersten Lebensjahren, 32 pCt. zwischen dem 3. und 4. Jahr, 15 pCt. zwischen dem 5. und 6. Jahr, 5½ pCt. zwischen dem 8. und 14 Lebensjahr. Nur 2½ pCt. fällt dem späteren Alter zu. Was die Ansteckungsfähigkeit der Diphtherie anbetrifft, so spricht sich O. für dieselbe aus und bestreitet die widersprechenden Angaben von Monti. — Nach Ausführung der bekannten, die Aetiologie der Diphtherie betreffenden Angaben, von Klebs und Oertel, spricht sich O. für die Scheidung der klinischen Form der Diphtherie von der diphtheritischen Entzündung aus und definirt die erste als höchstwahrscheinlich parasitärer Natur, also eine Infectionskrankheit, mit Neigung zum Zerfall der Krankheitsprodukte. Die diphtheritische Entzündung hingegen tritt nach O. an verschiedenen Körperstellen auf, sie hat keine allgemeine Infection zur Folge und wird durch ein fibrinöses Exsudat auf oder in den afficirten Geweben charakterisirt, welches ebenfalls Neigung hat zu zerfallen. Diese Ansicht findet durch die bekannten Arbeiten Heubner's ihre Bestätigung. deren Haupt-

punkte eingehender besprochen werden. — O. betont, dass Heubner die Frage, welcher Natur das diphtheritische Contagium sei, nicht entscheiden konnte, ferner ob dasselbe sich auf der Schleimhaut primär bilde und dann ins Blut dringe, oder die Schleimhauterkrankung als eine Folge der primären Blutinfection zu betrachten sei. — Die erste Annahme hält er jedoch für die plausiblere. Die in Folge von Scharlach auftretende Diphtherie betrachtet O. für eine besondere, mit der gewöhnlichen nicht zu verwechselnde Krankheit. Er unterscheidet also 2 Formen: 1) Eine Allgemeinerkrankung, bei der erst später die Auflagerungen im Rachen auftreten. — 2) Ein locales Leiden, welches secundär allgemeine Blutvergiftung hervorrufen kann. Beide Formen zeichnen sich aus durch ihre Contagiosität. Die Resultate der bacteriologischen Untersuchungen von Klebs, Senator, Reynaud, Lannelongue, Vulpian, Kühn, Heubner etc. erlauben noch nicht die Frage zu entscheiden, ob die aufgefundenen Microorganismen als Produkt oder als Ursache der Diphtherie aufzufassen sind, so lange durch Reinculturen und Impfungen die Frage nicht präcise gelöst wird. Auch die Arbeiten von Löffler sind nach O. nicht genügend, um die Aetiologie der Affection vollkommen zu klären. Nach einer Eintheilung der Diphtherie in eine katarrhalische, eine genuine, mit allgemeiner Infection und Membranbildung einhergehende und eine gangränöse Form, erklärt der Verfasser die Frage der Unterscheidung zwischen Croup und Diphtherie als unhaltbar und bekennt sich für einen Anhänger des Unitarismus, indem er zugiebt, dass zwischen beiden zahlreiche Uebergangsformen bestehen.

Nach Angabe des gewöhnlichen klinischen Verlaufs der Krankheit, wobei O. die Arbeiten von Oertel, Monti und Senator berücksichtigt, wird ganz speciell auf Grund eigener und fremder Erfahrungen die Therapie besprochen. — Die gebräuchlichen, bei der Behandlung angewandten Medicamente theilt Verfasser ein in: Antiseptische (Carbolsäure etc.), Caustica, Adstringentia, Balsamica, Antiphlogistica, mechanisch wirkende und s. g. Specifica, — von denen kein einziges diesen Namen verdient. —

Er spricht sich dagegen für ein harmonisches Eingreifen sowohl der localen als auch der allgemeinen Therapie aus und warnt mit Recht vor allen den Organismus schwächenden Mitteln (Pilocarpin). — Zur Gurgelung resp. Einpinselung wird Aqua Calcis oder Acidum boricum verordnet, in leichteren Fällen haben sich Pinselungen von Resorcin, resp. Jodoformemulsion als nützlich erwiesen. In letzter Zeit sah O. gute Erfolge von Pinselungn mit Milchsäure, 1 : 20 Glycerin. (Ref. kann dieses Mittel aus eigener Erfahrung warm empfehlen und muss es concentrirt nach vorheriger Cocainirung angewandt werden.) Auch Einblasungen von Calomel haben sich dem Verfasser als nützlich erwiesen. Innerlich haben sich bewährt Chinin, resp. Dec. Chinae neben reichlichem Weingebrauch (Tokayer, Malaga), ebenfalls Natrum benzoicum. Kräftige tonisirende Diät ist absolut nöthig, ebenso wie häufige Lüftung der Krankenzimmer und strengste Reinlichkeit. Nach einer kritischen Besprechung der in letzter Zeit in polnischer Sprache publicirten Behandlungsmethoden (Flores sulphuris, Pilocarpin, Terpentinöl) empfiehlt O. die zeitige Vornahme der Tracheotomie, die er nicht als immer lebensrettend betrachtet, sondern als Mittel, welches nach Be-

seitigung der drohenden Asphyxie weiter die Krankheit zu bekämpfen erlaubt. — Er hält sie in jedem Falle von gefahrdrohender Dyspnoe für absolut indicirt. Eine ausführliche Beschreibung einiger interessanter Fälle aus der Praxis bilden den Schluss dieser nüchtern geschriebenen und recht lesenswerthen Arbeit.

Wir vermissen leider in dieser Arbeit eine Besprechung der von Oertel angegebenen Behandlungsmethode mit Inhalationen von 5proc. Carbolsäure, die sich dem Referenten in den schwersten Fällen bisher vortrefflich bewährt, natürlich wenn sie mit der nöthigen Energie bei strengster ärztlicher Bewachung des Patienten ausgeführt wird. HERING.

46) **S. J. Radcliffe. Diphtherie, mit den Erscheinungen einer Exsudation nur am Zahnfleisch, plötzlich nach dem Bruch eines Canalisationsrohrs auftretend. (Diphtheria with appearance of exudation only on the gums and occurring suddenly after rupture of a sewer pipe.)** *Philad. Med. Times. XVI. p. 414. 1885/86.*

Die Natur des Falles geht aus dem Titel hervor. LEFFERTS.

47) **Heubner. Ueber Scharlachdiphtherie.** Aus der medic. Gesellschaft zu Leipzig. Sitzung vom 26. Januar 1886.

Verf. unterscheidet vier Formen von Scharlachdiptherie. 1. Ganz leichte Fälle, wo Flecken und Streifen von gelblich-schmieriger oder hautartiger Exsudation schon am ersten Tage, gewöhnlich am 2. oder 3., zuweilen erst noch später auftreten, aber nach einigen Tagen wieder verschwinden; 2) Fälle von ganz fulminantem Verlauf; 3) pestartige Scharlachdiphtherie; 4) Fälle mit schleichendem Verlaufe. In den erstgenannten Fällen ist die Läsion der Gewebe eine unbedeutende, selbst das Epithel bleibt meist intact; bei den andern Formen kommt es zur Necrose der Schleimhaut mit oder ohne Erguss eines Exsudates (Verquickung der Entzündung mit Necrose). Wo es zu Necrose kommt, entsteht der von Löffler beschriebene Kettencoccus, dessen Eindringen in die Blut- und Lymphbahn die Allgemeininfection verursacht. Zur Verhütung des Eindringens dieses Coccus empfiehlt Verf. parenchymatöse Injectionen von $^1/_2$ Cbcm 3 pCt. Carbolsäure in die Tonsillen. Von 59 ohne Carbolinjection behandelten Fällen starben 21, von 28 mit Injection behandelten nur 4. SCHECH.

48) **Lyman Watkins. Zusammentreffen von Diphtherie und Scharlach. (Dual diphtheria and scarlatina.)** *California Med. Journ. März 1886.*

Bericht über zwei Fälle, in denen die obengenannten Krankheiten zugleich bei demselben Patienten auftraten. LEFFERTS.

49) **M. A. O'Neill** (Black Jack. Kansas). **Diphtherie. (Diphtheria).**

Nichts Neues. LEFFERTS.

50) **N. Fede. Ein Fall von pseudomembranöser Laryngitis. (Un caso di laringite pseudomembranosa.)** *Archivii italiani di Laringologia. Fasc. 3 e 4. 1886.*

Umständliche Krankengeschichte eines viermonatlichen Kindes, das mit Husten, Fieber, Dyspnoe und Cyanose erkrankte. Als schon Erstickung drohte, trat auf Ansetzen von 2 Blutegeln am Sternum Besserung ein, und auf ein Eme-

ticum wurde ein Exsudatfetzen ausgehustet. Unter Apomorphin- und Pilocarpinbehandlung (10 Injectionen) erfolgte nach 4 Tagen Heilung.

Die sich anschliessenden Bemerkungen über Croup und Diphtheritis, die verschiedenen Ansichten über diese Krankheitsformen und ihre Behandlung bringen nichts von Belang. KURZ.

51) **Laache** (Christiania). **Drei Fälle von genereller Paralyse nach Diphtheritis. Cursorische Uebersicht der Aetiologie, Diagnose, Prognose und Behandlung der diphtherischen Paralysen. (Tre 0 Tilfaelde af generaliseret Lamhed efter Difterit. Kuosorisk Gjennemgaaelse af de difteritiske Paralysers Symptomer, Aetiologi. Diagnose, Prognose og Behandling.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 85. Februar 1886.*

Verf. beschreibt sehr detaillirt drei Fälle von Diphtheritis, die von einer ausgebreiteten Lähmung gefolgt, aber sämmtlich schliesslich geheilt entlassen wurden. In den Krankengeschichten sind es besonders die Verhältnisse des Patellarreflexes, die interessiren. Im ersten Fall war derselbe vollständig aufgehoben; bei der Entlassung aus dem Spital (ungefähr 4$^1/_2$ Monate nach dem Anfang der Krankheit) hatte man es versäumt zu notiren. ob er sich wieder eingestellt hatte. In dem zweiten Fall war er nicht vorhanden, und nach beinahe 4 Monaten nicht zurückgekehrt. In dem dritten Fall war er während der ganzen Zeit wohl vorhanden aber abgeschwächt und bekam erst nach 4 Monaten seine normale Stärke wieder.

In der Beschreibung der Symptomatologie erwähnt L., dass der Tod sich plötzlich einstellen kann durch Paralyse der Herznerven. Selbst hat er diesen Vorgang nicht beobachtet, aber er berichtet über 4 von Dr. Schiörn (aus Sarpsborg) brieflich dem Verf. mitgetheilten Fälle, in denen eine Herzparalyse plötzlich eintrat, und in drei Fällen den Tod zur Folge hatte, während sie bei dem 4. Patienten nur heftige und sehr drohende aber nicht tödtende Collapsanfälle verursachte. SCHMIEGELOW.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

52) **Stricker** (Wien). **Ueber Tonvorstellungen.** Vorläufige Mittheilung. Sitzung der Gesellschaft der Aerzte vom 7. Mai 1886. *Anzeiger vom 20. Mai 1886* und *Wiener med. Blätter. No. 19. 1886.*

Stricker hebt zunächst hervor, dass nach seiner Ansicht ebenso wie bei Sprachvorstellungen, auch bei Tonvorstellungen zur Wahrnehmung derselben nicht blos das Schallbild allein zum Verständniss genügt, sondern dass dieses Schallbild in uns die Innervation jener Muskeln wecken muss, mit welchen wir die betreffenden Worte sprechen oder die betreffende Melodie hervorbringen würden. St. führt dafür folgende Beobachtungen an; Musiker haben beim Anhören oder Vorstellen eines musikalischen Motivs entweder im Kehlkopfe oder den Lippen Gefühle, als ob sie still sängen; einige, besonders Klavierspieler verspüren etwas in der Region des Gehörorganes.

Störk konnte nun bei Sängern, welche ein musikalisches Motiv anhörten oder sich blos vorstellten, geringe Bewegungen der Stimmbänder und auch des

Thorax (mit der aufgelegten Hand) konstatiren, welche Bewegungen ganz dem Rhythmus der betreffenden Melodie entsprachen.

Bei dem Compositeur Johann Strauss konnte Stricker constatiren, „dass er seine Motive mit Lippengefühl denkt", d. h. dass er während des Componirens die Melodien gleichsam mit den Lippen darstellt. Endlich bei einer andern Reihe von Musikern scheint der Tensor tympani betheiligt zu sein. Wenigstens ergab eine Reihe von Versuchen, welche Dr. Jos. Pollak an Hunden vornahm, dass der Tensor tympani auf verschiedene Töne (Hensen und Bockendahl hatten schon früher ähnliches gefunden) und die gesprochene Vocale verschieden lebhaft reflectorisch durch Contractionen reagirt. Bei einem tauben Hunde dagegen zeigte dieser Muskel keine Empfindlichkeit für Töne verschiedener Höhe. Wahrscheinlich verhält es sich ähnlich bei dem Menschen.

Störk bestätigt hierauf die Angaben Stricker's bezüglich der Bewegungen der Stimmbänder. CHIARI.

53) **Koschlakoff** (Petersburg). **Ueber die Schwingungstypen der Stimmbänder.** *Pflüger's Archiv f. Physiologie. Bd. 38. Heft 9 u. 10. 24. April 1886.*

Da wegen der vielen Details, Abbildungen von Instrumenten, Apparaten und Curven ein erschöpfendes Referat der höchst interessanten und bahnbrechenden Arbeit des Verf.. an dieser Stelle nicht möglich ist, so können nur einzelne Hauptresultate besprochen werden.

Verf. bediente sich bei der Untersuchung künstlicher, todter und lebender Kehlköpfe dreierlei Methoden, 1) der stroboscopischen, 2) der graphischen und 3) der Streifenmethode. Am künstlichen Kehlkopfe beobachtet man einfache und complizirte Schwingungen; die einfachen sind alternirend oder synchronisch; die zusammengesetzten sind regelmässig periodisch; die periodischen Schwingungen sind abhängige oder unabhängige d. h. beide Stimmbänder führen die gleiche oder die ungleiche Zahl von Schwingungen aus.

An todten Kehlköpfen konnte Verf. nachweisen, dass die Stimmbänder im Brust- und Falsetregister synchronische Schwingungen ausführen; bei der Bildung des Brusttones schwingen die Stimmbänder in ganzer Masse, bei dem Falset schwingen am Stimmband deutlich nur schmale Streifen, welche der Stimmritze nahe liegen und von den peripheren Theilen durch eine Knotenlinie getrennt sind. K. dehnte schliesslich seine Untersuchungen auch auf den lebenden Menschen-Kehlkopf aus. Auch hier fand er, dass im Brust- und Falsetregister die Stimmbänder synchronische Schwingungen machen, dass im Brustregister wieder die ganze Masse, im Falset nur der innere der Stimmritze nächstliegende Stimmband-Theil in Schwingungen kommt. Beim Menschen werden 2 Formen von Polyphonie beobachtet, welche durch periodische Schwingungen gebildet werden, der Zweiklang in der Octave und der Quintenaccord; man hört diese beiden Arten, wenn bei leichtem Catarrh piano tiefe Töne gesungen werden. Verf. untersuchte dieselben, fand aber, dass die Stimmbänder in allen ihren Theilen bewegt werden wie bei der normalen Stimme. Das Studium des Originals kann auf das Angelegentlichste empfohlen werden. SCHECH.

54) **Ziem. Notiz zur Conservirung der Rachen- und Kehlkopfspiegel.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1886.*

Hauptgrund zu dem Blindwerden der Spiegel ist die mangelhafte Abtrocknung resp. Verdunstung der Waschflüssigkeit; es ist daher nach dem Waschen der Spiegel nochmals zu erwärmen. SCHECH.

55) **Rafael Coën** (Wien). **Pathologie und Therapie der Sprachanomalien für Aerzte und Studirende.** Mit 3 Holzschnitten. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Wien und Leipzig 1886.

Ein gut geschriebenes Lehrbuch, welches überall die Sach- und Literaturkenntniss des Autors verräth. CHIARI.

56) **R. Archambault. Ueber acute Kehlkopferscheinungen bei Rheumatismus. (Des manifestations laryngées aiguës du rhumatisme.)** *These. Paris 1886.*

In der Einleitung bemerkt A, dass er nur die laryngealen Erscheinungen des acuten Rheumatismus im Auge habe. Noch einem kurzen historischen Ueberblick, in welchem er der Andeutungen oder Beobachtungen von Besnier, Chomel, Emery Desbrousses (thèse de Strasbourg 1861), Libermann, Fauvel, Coupard, Joal und Jaccoud gedenkt, studirte er vorerst die Fluxionen der Kehlkopfschleimheit rheumatischen Ursprunges und erwähnt hierbei 3 Fälle (von Joal, Coupard und einen persönlich beobachteten). — So erzählt er von einem 31jährigen Kranken mit Gelenksrheumatismus und Endocarditis, der, als die Gelenksschmerzen schwanden, plötzlich heiser wurde, Schlingbeschwerden und später Dyspnoë zeigte. Die Tracheotomie wurde nöthig. Leider war das laryngoskopische Examen erst nach fast gänzlichem Schwund aller Erscheinungen gemacht worden. A. glaubt aber nichtsdestoweniger, dass die Läsion in einer Schwellung der Epiglottis-Schleimhaut und der arytaeno-epiglottischen Falten bestanden habe bei Intactheit der Articulationen des Kehlkopfes.

Die 2te Partie der Arbeit ist den rheumatischen Gelenksaffectionen des Kehlkopfes gewidmet. Nur Emery Desbrousses hatte einen derartigen Fall beschrieben und A. bringt diesen in Zusammenhang mit dem von Libermann citirten Fall von Arthritis blennorrhagica. Ferner berücksichtigt A. die rheumatischen Localisationen in den Muskeln und Nerven des Kehlkopfes, welche sich, theoretisch betrachtet, durch einen durch Druck zu erhöhenden Schmerz verraten sollten.

Betreff der Behandlung bemerkt A, dass das salicylsaure Natron nicht sicher wirke. Es werden Räucherungen, Inhalationen, Blutegel etc. in ultimis die Tracheotomie empfohlen. E. J. MOURE.

57) **A. B. Strong. Ein Fall von Tubage des Larynx wegen acuter catarrhalischer Laryngitis mit Heilung. (A case of intubation of the larynx for acute catarrhal laryngitis with recovery.)** *Journ. Am. Med. Assoc. VI. p. 186. 1886.*

Patient war ein Kind von $2^1/_2$ Jahren. Als die Röhre (No. 2) zum dritten Mal in den Kehlkopf eingeführt worden war, konnte sie 68 Stunden ohne Unbequemlichkeit darin liegen bleiben. LEFFERTS.



58) **Lyman Watkins. Spasmodischer Croup. (Spasmotic croup.)** *California Med. Journal. Mai 1886.*

Eine allgemeine Betrachtung dieses Gegenstandes nebst Empfehlung von Aconit und Emeticis für die Behandlung. LEFFERTS.

59) **Edes. Rapides Oedem des Larynx. (Rapid oedema of the larynx.)** *Boston Med.-Surg. Journal. CXIV. p. 108. 1886.*

Ein an Kehlkopfoedem leidender Athlet von 35 Jahren starb plötzlich am Morgen des dritten Tages. LEFFERTS.

60) **D. Biondi. Der Streptococcus von Fehleisen beim Kehlkopferysipel. (Lo streptococco di Fehleisen nell' oresipela laringea).** *Riforma medica. No. 3. 1886.*

D. hat bei Kehlkopferysipel den Fehleisen'schen Streptococcus gefunden. Er hält denselben jedoch nicht für pathognomonisch, da er ihn auch bei puerperaler Metritis, bei Phlegmonen und in Abscessen fand. Seine Untersuchungen hat er in Berlin gemacht. KURZ.

61) **J. Eichberg. Ein Fall von syphilitischer Ulceration des Larynx; Tracheotomie, Tod durch Erstickung nach Entfernung der Canüle. (Case of syphilitic ulceration of the larynx; tracheotomy, death form asphyxia after removal of tube.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 26. Juni 1886.*

Patient, der bereits sechs bis acht Wochen eine Canüle getragen hatte, befand sich wohl, nur dass er etwas hustete und würgte, wenn er morgens aufstand. Er pflegte sich die Canüle herauszunehmen, zu reinigen und die Trachea durch die Wunde zu besprühen. Bei einer solchen Gelegenheit konnte er die Canüle nicht wieder einführen und starb an Erstickung.

Die Autopsie zeigte eine lange, gestielte Geschwulst, welche von dem linken Ventrikel ausgehend in das Lumen des Kehlkopfs hinabhing und, ventilartig wirkend, wahrscheinlich die tödtliche Erstickung herbeigeführt hatte. Da die Geschwulst einen eigenthümlichen Sitz hatte und, mit einem dünnen Stiele entspringend, gegen die hintere Wand angedrückt lag, so war sie der Beobachtung entgangen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

62) **F. O. Stockholm. Lupus des Larynx. (Lupus of the larynx.)** *Chicago Med. Journ.-Examiner. LII. p. 74. 1886.*

Eine sehr kurze Besprechung des Gegenstandes. Der Autor fügt einen Fall zu den bereits bekannten hinzu (d. h. ihm bekannt, denn verschiedene berichtete Fälle fehlen in seiner Zusammenstellung). Der Artikel enthält nichts Neues. Es fehlt sogar vieles, was hinzugefügt hätte werden können. LEFFERTS.

63) **Joseph O'Dwyer. Chronische Stenose des Laryrnx, nach einer neuen Methode behandelt, nebst Bericht über einen Fall. (Chronic stenosis of the larynx, treated by a new method with report of a case.)** *Medical record N.-Y. 5. Juni 1886.*

Patient, 40 Jahre alt, syphilitisch, hatte eine Verwachsung des Velum mit der hinteren Pharynxwand. Das Laryngoscop zeigte, dass die Epiglottis etwas

verdickt und durch Narbencontraktion deformirt war; ihre Hinterfläche ragt in der Gegend des Tuberculum epiglotticum nach abwärts vor, so dass man die vordere Commissur der Stimmbänder nicht sehen konnte. Von der Basis des rechten Giessbeckenknorpels erhob sich ein membranöses Band, welches die ganze linke Hälfte des Larynx umschloss, nur eine schmale Oeffnung zwischen dem freien Rand der Membran und dem rechten Stimmband lassend, so dass nur ein kleiner Theil des letzteren sichtbar war. Das linke Stimmband war ganz verdeckt. Die Giessbeckenknorpel waren etwas geschwollen, Ulceration bestand nicht. Die Stimme war heiser, die Dyspnoe hochgradig. O'Dwyer sagt: „Nach verschiedenen Versuchen und mit Anwendung ziemlicher Kraft brachte ich die kleinste meiner Sonden für Erwachsene*) durch die Strictur, nachdem ich zuvor den Larynx wiederholt mit einer 4proc. Cocainlösung besprüht hatte. Nachdem die unmittelbaren Wirkungen der Operation sich gelegt hatten, äusserte Patient selbst, dass er jetzt besser athme als vor Einführung der Sonde. Er schlief die folgende Nacht, zum ersten Mal seit mehr als zwei Monaten, in der Rückenlage und klagte nur über einen sehr geringen Reiz Seitens der Sonde.

Die weitere Behandlung war kurz folgende: In der ersten Periode von 18 Tagen wurden die Sonden 9 Mal eingeführt und verblieben im Larynx 173 Stunden. Während ihres zweiten Aufenthalts im Hospital von 27 Tagen wurden die Sonden 13 Mal eingeführt und 204 Stunden getragen.

Die Einführung und Entfernung der Sonden geschah mit denselben Instrumenten, welche bei der Tubage des Larynx von Kindern gebraucht werden. Jetzt führe ich die Sonde ein Mal alle zwei Wochen ein und lasse sie darin über Nacht liegen, und ich beabsichtige, später dies nur allmonatlich zu thun, da ich dies für oft genug halte, um eine Wiederkehr der Strictur zu verhüten."

O'Dwyer hat jetzt eine Patientin in Behandlung, die seit 2 Jahren eine Canüle in der Trachea trägt, weil man annahm, dass die Abductoren beiderseits paralytisch seien. Sie wurde in's Hospital aufgenommen behufs Entfernung der Stimmbänder: eine Operation, die, soweit O'Dw. Kenntniss hat, niemals zuvor ausgeführt wurde. (Doch, von Sir Joseph Lister. Vgl. Trans. of the Clinical

---

*) Die oben erwähnten Sonden wurden in neueren, von mir gemachten Referaten so oft erwähnt, dass die nachfolgende, vom Erfinder selbst gemachte Beschreibung von Interesse und Werth sein wird. Die Sonden sind $2^1/_2$ Zoll lang. Ein Querschnitt zeigt eine Ellipse, deren Durchmesser von vorn nach hinten doppelt so gross ist, als der Querdurchmesser. An dem oberen Ende der Sonde befindet sich eine Verbreiterung oder Ausbuchtung, Kopf genannt, welche in der Larynxhöhle bleibt und das Hineinschlüpfen der Sonde in die Trachea verhüten soll. Der Kopf hat eine hintere Krümmung, damit die Epiglottis ihre normale Lage einnehmen und gut functioniren kann. Unmittelbar unter dem Kopf befindet sich der Hals der Sonde, welcher einen sehr kleinen Durchmesser hat und die Stimmritze einnimmt. Der Rest der Sonde, Körper genannt, erstreckt sich in die Trachea und hat die Gestalt eines Doppelkeils, damit die Sonde nicht leicht ausgetrieben werden kann.

Wenn man diese Tuben anwendet, ist die Tracheotomie niemals indicirt und die Narcose selten. Sie werden durch den Mund eingeführt und bleiben allein im Larynx und Trachea, da ihr oberes Ende unterhalb der Epiglottis liegt. Sie stören nicht, sondern erleichtern die Respiration und gestatten dem Patienten, feste und halbfeste Speisen und in gewissem Grade auch Flüssigkeiten zu schlucken. Lefferts.

Society of London. Vol. XI. p. 108. Red.) Denn sobald die Stimmbänder unheilbar paralytisch sind und in Apposition liegen, dann sind sie schlimmer als nutzlos und wenn man sie entfernt, dann kann nicht nur die Luft frei ein- und austreten, sondern der Pat. erlangt auch die Fähigkeit, deutlich zu flüstern. Es zeigte sich ein fast vollkommener Verschluss des Larynx in Folge von Zusammenwachsung der Stimmbänder, aber es war nicht zu entscheiden, ob die Paralyse diesem Zustand voraufging oder nicht. In der Narcose wurde die Trachealöffnung erweitert, die Adhaesionen getrennt und eine Sonde in den Larynx eingeführt, welche Patientin jetzt noch trägt. LEFFERTS.

64) **G. W. Major. Eversion der Larynxventrikel. (Eversion of the ventricles of the larynx.)** *Montreal Med. Chir. Society. Philad. Med. News. 29. Mai 1886.*

G. W. Major demonstrirte einen Fall von Eversion beider Larynxventrikel bei einer Frau von 27 Jahren. Sie war zwei Jahre lang in Beobachtung und Behandlung und zeigte entschiedene Besserung. Es bestand Tuberculose mit Lungen- und Kehlkopfsymptomen. Der Vortragende verwies auf einen Fall von completer Eversion des rechten Ventrikels bei einer syphilitischen Person, welche im April 1884 in der Throat Clinic of the Montreal General Hospital demonstrirt worden war. Bei Besprechung der Literatur über diesen Gegenstand wies er auf das Factum hin, dass in der Mehrheit der wenigen berichteten Fälle irgend eine Dyscrasie bestand, besonders Syphilis, Tuberculose oder Krebs.

LEFFERTS.

65) **A. B. Baker. Papillom des rechten Stimmbands. (Papillary tumor of right vocal cord.)** *Cleveland Med. Gazette. I. p. 266. 1885/86.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

66) **W. Lublinski** (Berlin). **Demonstration eines Falles von Kehlkopfpolyp, geheilt durch Voltolini's Verfahren.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 26. p. 429. 1886.*

Lublinski benutzt einen besonders gearbeiteten Schwamm mit starkem Stiel (fabricirt von Windler) und wendet denselben vorwiegend bei weichen Polypen an, sowie bei denen, die im vorderen Winkel, sei es chordal, sei es subchordal sitzen, insonderheit bei Papillomen. Die Reaction sei nach der Schwammoperation nicht stärker, als bei anderen Methoden. B. FRAENKEL.

67) **A. Malthe** (Christiania). **Ein Fall von Laryngotomie bei multiplen Papillomen im Larynx. (Et Tilfälde af Laryngofissio ved multiple Papillomer i Larynx.)** *Norsk Magaziu for Lägevidenskaben. p. 490. J. 1886.*

4jähriger Knabe. Heiser seit einigen Jahren. 22. Juni 1883 Tracheotomie wegen Stenose der Luftwege, Cyanose, Somnolenz 15. August. Einlegung der Trendelenburg'schen Tamponcanüle, Thyreotomie. Ein bohnengrosser papillomatöser Tumor, der nahe der vorderen Commissur auf dem linken Stimmbande mit breiter Basis festsass, wurde mit dem scharfen Löffel exstirpirt; einige andere kleinere papillomatöse Tumoren, die hier und da im Larynx vorhanden waren, wurden mit scharfem Löffel und gekrümmter Scheere entfernt.

Es entwickelte sich in den folgenden Tagen Diphtheritis der Wunde und der Trachea, und am 20. August starb der Patient. SCHMIEGELOW.

68) **Gougenheim** (Paris). **Syphilitische Verengerung der Trachea. (Rétrécissement syphilitique de la trachée.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. Februar 1886.*

Der Fall betraf ein 60jähriges syphilitisches Individuum, das an heftigen Erstickungserscheinungen litt. Der Kehlkopf wurde frei von Laesionen gefunden, ebenso der obere Theil der Trachea. — Jodbehandlung brachte Besserung, doch trat ein Recidiv ein, da der Kranke die Behandlung aussetzte. Neuerliche starke Joddosen erzielten Heilung. E. J. MOURE.

69) **Stiller** (Pest). **Einige seltenere Fälle von Brustaneurysmen.** *Pester medic. chir. Presse. No. 6, 7, 8. 1886.*

Von den 4 Fällen, welche St. erwähnt, hat nur No. 1 für uns Interesse. Ein Kindskopfgrosses Aneurysma des Aorten-Bogens nahm die r. Halsseite vom Unterkiefer bis zum Schlüsselbeine ein und verdrängte den Kehlkopf nach links. Leider ist vom Kehlkopfbefund nichts erwähnt; die Diagnose konnte erst nach der Section mit Sicherheit gestellt werden.

Die anderen Fälle betreffen Aneurysmen, welche nicht den Kehlkopf oder die Luftröhre in Mitleidenschaft zogen. CHIARI.

70) **V. Nicolai. Kehlkopfspiegelträger. (Manopolo porta-specchio laringeo.)** *Gazzetta degli Ospitali. No. 15. 1886.*

Der Vortheil des Instruments soll darin bestehen, dass bei empfindlichen oder ungeschickten Patienten, die die Zunge nicht selbst halten können, dies der Operateur mit Zeigefinger und Daumen besorgt, während eine über die halbe Hand geschobene Spange vermittelst eines Kugelgelenks einen kurzen Stab mit quergestellter beweglicher Hülse trägt, durch welch' letztere ein gewöhnlicher Kehlkopfspiegel gesteckt, an den Rachen geführt und in die richtige Position gebracht wird. Kleine Veränderungen der Stellung können durch leichte Bewegungen der die Zunge haltenden Hand vorgenommen werden. Eine Abbildung veranschaulicht die Application des Instruments, wobei die andere Hand für etwaige Operationen frei bleibt. KURZ.

## f. Schilddrüse.

71) **N. Rogowitsch** (Kiew). **Zur Physiologie der Schilddrüse. (K physiologii tschitowidnoi schelesi.)** *Med. Obosr. Band XXVI. No. 14. 1886.*

Hunde, denen Verf. die Schilddrüse exstirpirt hatte, gingen im Verlaufe von einigen Tagen bis zu einigen Wochen zu Grunde. Die Entfernung nur der einen Hälfte der Drüse wurde von den Hunden sehr gut vertragen. Wurde auch die zweite Hälfte entfernt, so starben die meisten Hunde; nur sehr wenige ertrugen diese nachträgliche Operation der zweiten Hälfte. Die Symptome, unter denen die Hunde starben, erinnern sehr an die Vergiftung mit Phosphor oder Arsen. Nachdem die Versuchshunde sich anfangs von der Operation erholt hatten, wurden sie nach einigen Tagen matt, apathisch, es stellte sich Zittern und krampfhafte Zuckungen besonders der Extremitäten ein; der Gang wurde unsicher und schwankend. Die Temperatur war subnormal, die Hautsensi-

bilität und die Sehnenreflexe waren herabgesetzt und den Schlussakt bildeten tetanische Krämpfe der Extensoren und der Athmungsmuskulatur und Trismus und Strabismus. Die Thiere starben entweder in den ersten Tagen nach der Operation während der ersten tetanischen Anfälle oder sie gingen im Verlaufe von einigen Wochen an allgemeiner Cachexie und Paralyse zu Grunde.

Der pathologisch-anatomische Befund bestand in einer Encephalo-myelitis parenchymatosa subacuta, wobei die graue Substanz vorwiegend betroffen war.

Die Vagus-Hypoglossuskerne waren auch afficirt. Ferner fand man an der Hypophysis cerebri Veränderungen, die auf eine erhöhte Thätigkeit dieses Organs schliessen liessen. In Fällen mit einseitiger Exstirpation der Schilddrüse, fand man die andere Hälfte stets im Zustande der Hypertrophie.

Verf. glaubt die Function der Schilddrüse besteht in der Ausscheidung resp. Neutralisation einiger noch unbekannter Stoffwechselproducte, die, sobald sie sich im Blute ansammeln, schädlich auf das Centralnervensystem zu wirken im Stande sind. Ferner meint Verf. es bestehe eine Wechselwirkung zwischen der Hypophysis cerebri und der Schilddrüse, weil erstere nach der Exstirpation der letzteren hypertrophisch wird und weil bei Thieren, die eine stark entwickelte Hypophysis cerebri haben, die Glandula thyreoidea schwach entwickelt erscheint.

LUNIN.

72) **Bishop** (Manchester). **Cystenkropf. (Cystic bronchocele.)** *Brit. Med. Journ. 2. Januar 1886.*

Demonstration eines nach 18monatlicher Behandlungsdauer durch Einspritzen von Jod- und Mackenzie's Eisenlösung geheilten Falles vor der Manchester Med. Soc. am 2. December 1885.

SEMON.

73) **Zahn** (Genf). **Beiträge zur Geschwulstlehre.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Band 23. 10. März 1886.*

Z. hält das Vorkommen bösartiger Schilddrüsentumoren für häufiger als man gewöhnlich annimmt; er beobachtete selbst 5 Fälle von Carcinom, 3 beim Menschen, 2 beim Hunde, viel seltener sind die Sarcome; Z. beobachtete bei einem menschlichen Fötus ein Chondro-Osteoidsarcom mit embryonalen quergestreiften Muskelfasern und Pigmentzellen, ferner ein Chondro-Osteoidsarcom der Schilddrüse und Lungen beim Hunde, endlich ein papilläres cylindrocelluläres Adenom der Schilddrüse bei einem Hunde. Die histologischen Details sind im Original nachzusehen.

SCHECH.

74) **Kobler** (Wien). **Sarcom der Schilddrüse mit multiplen Hirnhämorrhagien.** **Aus der Klinik Bamberger's.** *Wiener med. Wochenschr. No. 9 u. 10. 1886.*

Ein Spindelzellensarcom mit alveolärem Baue nahm die rechte Schilddrüsenhälfte ein und comprimirte den r. Recurrens, dadurch wurde das r. Stimmband nahe der Phonations-Stellung fixirt. (Die Section zeigte den r. Recurrens so von der Aftermasse umschlossen, dass er in dieser nicht weiter verfolgbar war). Die Lymphdrüsen zu beiden Seiten des Halses ebenso wie ein Theil des r. Unterkieferastes von zerfallenden Aftermassen eingenommen. Im Gehirne fanden sich neben einer grossen, mehrere kleinere Haemorrhagien, alle in der rechten Hemi-

sphäre. Der grosse Blutungsheerd war wahrscheinlich schon vor 1 Jahre durch eine Verletzung entstanden; die kleineren verdankten dagegen vielleicht ihren Ursprung einer Stauung, verursacht durch Compression der Venen durch die Aftermassen in den Halsdrüsen. Dafür sprach eine linksseitige Hemiplegie, welche 13 Tage vor dem Tode sich einstellte. K. hebt die Schwierigkeit der Diagnose in diesem Falle, da man doch an Geschwulstmetastasen im Gehirne denken musste, und die Seltenheit des Vorkommens alveolärer Sarcome in der Schilddrüse hervor. Zu erwähnen ist noch, dass das Sarcom bis in die Muskeln des Oesophagus reichte und denselben in einer Strecke von 2 Ctm. verengerte.

CHIARI.

75) **Mikulicz** (Krakau). **Ein Beitrag zur Operation des Kropfes etc. (Przyczynek do operacyi wola, ze szczególnem uwzględnieniem złych następstw całkowitego wyłuszczenia.)** *Gazeta Lekarska. No. 1. 1886.*

Mikulicz berichtet in einer höchst interessanten und instructiven Arbeit über 25 in den letzten 3 Jahren mit gutem Erfolg ausgeführte Kropfexstirpationen. — In sieben Fällen wurde die ganze Schilddrüse entfernt, in 18 Fällen eine partielle Exstirpation ausgeführt. Die ersten 14 Fälle wurden im Jahre 1884 von Dr. Schramm, M.'s Assistenten, im Przegl. lekarski, No. 36—39 publicirt, die späteren Beobachtungen bilden den Schluss der Arbeit und enthalten die wichtigeren Punkte der Operation und des Verlaufs. Wir ersehen daraus, dass in 20 Fällen prima intentio ohne jede Spur von Eiterung erzielt wurde, dass die 25 Fälle 17 Frauen und 8 Männer betreffen, dass in 19 Fällen das Alter der Operirten zwischen dem 14.—20. Jahre, in 6 Fällen zwischen dem 24.—40. Jahre schwankte. Die Kranken stammten fast alle aus der Bevölkerung der galizischen Karpathen, also aus Distrikten, wo Struma endemisch beobachtet wird. Indicirt war die Operation fast in allen Fällen wegen gefahrdrohender Dyspnoe. Die Trachea war in 15 Fällen stark abgeplattet, einmal waren die Knorpel erweicht und erheischten die Ausführung der Tracheotomie. Auf 25 Fälle wurde in 24 Struma parenchymatosa (cystica) und ein Fall von Struma maligna constatirt, der bedeutende Schwierigkeiten verursachte, da vom Isthmus ein wurstförmiger Strang sich bis in das Mediastinum fast zum Aortabogen erstreckte. Bemerkenswerth ist eine Beobachtung von Morbus Basedowii, wo nach totaler Exstirpation der Struma die Krankheitserscheinungen auffallend schnell verschwanden. Die Operationstechnik war in der Mehrzahl der Fälle die von Billroth adoptirte und auf den von Wölfler angegebenen Principien der Strumabehandlung fussende. Auf Grund seiner Beobachtungen bespricht nun Mikulicz die wichtigsten nach der Exstirpation vorkommenden Ereignisse und zwar: die Tetanie, die Cachexia strumipriva, endlich die Paresen der Kehlkopfmuskeln. — Nachdem Reverdin und vor Allem Kocher die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf die üblen Folgen der totalen Kropfexstirpation gelenkt hatten, nachdem diese Beobachtungen von verschiedenen Forschern bestätigt worden sind, so dass bis jetzt 36 Fälle von Cachexia strumipriva vorliegen, musste nach Mikulicz dieses Verfahren, besonders nach den von Schiff, Wagner, Zesas, Horsley vorliegenden, an Thieren ausgeführten physiologischen Experimenten als unzulässig verlassen

werden, wenn man nicht, wie Maas und Rotter, seine Nachtheile einfach ignoriren will.

Was den genetischen Zusammenhang dieser Ereignisse anbetrifft, so neigt sich M. der Ansicht zu, dass nicht in allen Fällen dieselben als Folge der Operation aufzufassen sind, sondern von ihr unabhängig auftreten können. Bei einigen Patienten fand er nämlich schon vor der Operation Symptome von Cachexie und Cretinismus. Von 25 Patienten war bei 5 der Körperwuchs aufgehalten, bei 3 fanden sich prägnante Symptome von Cretinismus. Obwohl diese Thatsachen den Werth der Kocher'schen Theorie etwas abschwächen, so sind wir bis jetzt gezwungen, so lange nicht eine grössere Zahl von derartigen Beobachtungen vorliegt, mit ihr zu rechnen und dürfen nicht, mit Ausnahme der malignen Tumoren der Schilddrüse, zur totalen Kropfexstirpation schreiten. Mikulicz neigt sich der Baumgaertner'schen Theorie zu, welcher die Erscheinungen der Cachexie einer Läsion der Nerven zuschreibt, entweder einer Verletzung oder ihren Folgezuständen. (Narbendruck, Atrophie, Vereiterung.)

Eine Bestätigung dieser Meinung findet er in den nach der Operation beobachteten Störungen der Innervation (unabhängig von einer Verletzung des N. recurrens), ferner darin, dass man nie bestimmen kann, ob Tetanie eintreten wird oder nicht. Billroth hält dieselbe für eine Folge der Durchtrennung der zahlreichen Nerven der Schilddrüse und der Reizung der peripheren Aeste des Sympathicus. —

Die Tetanie und die Kehlkopflähmungen sind nun die weiteren Complicationen, welche eine totale Kropfexstirpation entschieden verbieten. Mikulicz hat ausserdem nach dieser Operation eine bisher noch nicht beobachtete Complication constatirt, und zwar in zwei Fällen Epilepsie. — Der erste Fall betrifft ein Mädchen, bei welcher nach der totalen Kropfexstirpation Tetanie eintrat, die später in epileptische Krämpfe ausartete, die trotz der Wundheilung 5 Monate lang dauerten und mit Heilung endigten. Die zweite Kranke zeigte ebenfalls nach der totalen Exstirpation Symptome der Tetanie, welche 2 Wochen nach der Operation in Epilepsie übergingen, von Dr. Bielanski constatirt worden sind und denen die Kranke nach 8 Monaten erlag. —

Bei 7 totalen Kropfexstirpationen hat Mikulicz in 4 Fällen Tetanie beobachtet. Manche Fälle endigen mit Genesung, andere wieder dauern Monate und Jahre lang. In einem Falle stellte sich nach Tetanie, die ein paar Tage dauerte, Cachexia strumipriva ein. Auch hat M. zwei Fälle von Tetanie bei Männern constatirt, was zu den Ausnahmen zu rechnen ist. Einer von den Männern wurde später von Cachexie befallen, was für den Zusammenhang dieser Zustände spricht, umsomehr als dies auch durch 2 von Gussenbauer beobachtete Krankheitsfälle bestätigt wird.

Kehlkopfparalysen sind sowohl nach einseitiger wie auch totaler Kropfexstirpation bestätigt worden. Aus der von Jankowsky publicirten Statistik dieser Zustände folgt, dass nach totaler Kropfexstirpation dieses Ereigniss 4mal häufiger vorkommt als nach partieller. —

Dieselbe Arbeit belehrt uns auch, dass nach totaler Kropfexstirpation voll-

kommene dauernde Lähmung 10mal öfter beobachtet wird als nach theilweiser Entfernung der Struma. Mikulicz ist nun der Meinung, dass diese Lähmungen nicht immer als eine Folge von Verletzung resp. Durchtrennung des N. recurrens zu betrachten sind. Nach Jankowsky kann schon die Dehnung und Zerreissung kleinerer Aeste des Recurrens, ferner die Ablösung von den nutritiven Gefässen, seine Function schädigen resp. zur Atrophie führen.

Um nun diesen üblen Complicationen zu entgehen, huldigen viele Chirurgen dem Grundsatz, immer nur die Hälfte der Struma zu exstirpiren. M. kann sich dieser Ansicht nicht anschliessen, wegen Gefahr der Recidivs, und giebt ein Verfahren an, welches darauf beruht, einen Theil des Struma und zwar den in der nächsten Umgebung der Arteria thyr. inf. znrückzulassen. Dieses Verfahren, welches M. als Resection bezeichnet, hat sich ihm in 7 Fällen bewährt. Es werden dadurch der N. recurrens und seine Verbindungen mit dem Sympathicus geschont, und ein Theil der Drüse kann noch ihren Functionen gerettet werden. Es empfiehlt sich, beiderseits die der Trachea anliegenden Theile der Struma zu schonen, weil dadurch einer möglichen Abplattung der Trachea vorgebeugt werden kann. Zum Schluss resumirt M. seine Ansichten in folgenden Sätzen:

1) Die totale Exstirpation der Schilddrüse ist nur bei malignen Tumoren indicirt.

2) Ist eine doppelseitige Entfernung der Struma nothwendig, so kann die eine Hälfte total entfernt, von der anderen ein Stück zurückgelassen werden, besser noch wenn von beiden Seiten Theile erhalten bleiben.

3) Wo eine halbseitige Entfernung angezeigt ist, empfiehlt es sich statt ihrer die Resection auszuführen.

5) Exstirpation, sowohl wie Resection sind nur bei gefahrdrohender Dyspnoe indicirt. So lange grössere statistische Ziffern nicht vorliegen, ist die Ausführung beider Operationen aus kosmetischen Gründen nur ausnahmsweise gestattet.

HERING.

76) **P. Catellan. Ueber einen Punkt in der Technik der Thyreoidectomie. (Sur un point de la technique de la thyroidectomie.)** *Thèse de Bordeaux. 22. Februar 1886.*

In der These wird der von Lagrange in der Soc. de chir. de Paris im Juni 1885 (siehe Centralbl. Bd. II Seite 513) mitgetheilte Fall wiedergegeben, bei welchem, um einer Entzündung des Mediastinums vorzubeugen, die fibröse Hülle der Struma an den unteren Winkel des Hautschnittes angenäht worden war.

E. J. MOURE.

77) **W. B. Hadden** (London). **Myxoedem und seine Pathologie. (Myxoedema and its Pathology).** *Congrès internat. des Sciences médic. VIII. Compte rendu de la Section de Médecine. p. 61. Copenhague, 1886.*

V. giebt zuerst eine klinische Beschreibung der obengenannten Krankheit, und berührt dabei die Stellung, welche die Glandula thyreoidea in der Aetiologie der Krankheit einnimmt; er spricht sich aber nur ganz hypothetisch über diese

Frage aus. Er ist am meisten geneigt eine Affection des Sympathicus als die Grundursache der Krankheit anzusehen.

Wenn Myxoedem beispielsweise sich nach einer Totalexstirpation der Glandula thyreoidea entwickelt, ist es vielleicht nicht eine direkte Folge der Entfernung des Organs, sondern durch eine Neuritis des Sympathicus, verursacht durch die Operation, bedingt (Kocher, briefliche Mittheilungen an Hadden).

SCHMIEGELOW.

## g. Oesophagus.

78) **E. Fränkel** (Hamburg). **Congenitale Stenose im Anfangstheil des Oesophagus.** *Dtsch. med. Wochenschr. No. 18. p. 312. 1886.*

Fr. demonstrirte im Hamburger Verein eine bei einer gerichtlichen Section zufällig gefundene Stenose des Oesophagus. Es bestand eine diaphragmaartig von der vorderen Wand des Oesophagus dicht unterhalb des Ringknorpels sich anspannende und beim Anziehen der hinteren Pharynxwand gut $^2/_3$ des Lumens verlegende, durch normale narbenfreie Schleimhaut gebildete Scheidewand, die, wenn man die hintere Pharynxwand frei lässt, sich nach Art einer halbmondförmigen Herzklappe taschenförmig zusammenlegt.

B. FRAENKEL.

79) **R. Park. Ein Fall von Oesophagusdivertikel. (A case of oesophageal diverticulum.)** *Med. Press. Western N.-Y. I. p. 183. Buffalo, 1885/86.*

Eine ausgezeichnete klinische Vorlesung über den obengenannten Gegenstand. Im Falle des Verfassers handelte es sich um ein an der rechten Seite des Oesophagus gelegenes Tractionsdivertikel.

LEFFERTS.

80) **A. G. Gerster. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in the oesophagus.)** *New-York Med. Journal. 15. Mai 1886.*

Tod an Pneumonie nach einer Tracheotomie, welche zur Hebung der Dyspnoe gemacht worden war. Bei der Untersuchung des Larynx zeigte sich, dass derselbe ganz normal war, ein wenig unterhalb der Mitte zwischen Ringknorpel und Bifurcation der Trachea befand sich ein dreieckiger Defect der Trachea, an dessen unterem Ende der scharfe Rand eines metallischen Körpers ungefähr 3 Millim. in die Trachea hineinragte. Entsprechend dem Defect in der Trachea befand sich ein zweiter im Oesophagus von rundlicher Gestalt und einem Durchmesser von 1 Ctm. Der Fremdkörper war in das Gewebe zwischen Trachea und Oesophagus eingebettet und wurde genau in seiner Stellung erhalten wie ein Bild durch einen Rahmen. Der ulcerative Process hatte offenbar den Ausgang in vollständige Vernarbung genommen. Ein activer Entzündungsprocess, der zur Zeit des Todes vorgeschritten wäre, bestand nicht; das Gewebe war jedoch durch frühere Entzündungsprocesse sehr verdickt.

LEFFERTS.

81) **William T. Bull. Fremdkörper im Oesophagus. Tod in Folge von Perforation nach Extractionsversuchen. (Foreign body in the oesophagus; death from perforation following efforts to extract it.) — Zwei glücklich verlaufene Fälle**

**von Extraction falscher Zähne aus dem Oesophagus. (Two successful cases of extraction of false teeth from the oesophagus.)** *New-York Medical Journal. 20. März 1886.*

Verf. fand, als er den Oesophagus des betreffenden Patienten mit Bougies und Sonden untersuchte, einen Fremdkörper, welcher den Kanal vollständig verschloss und zwar 24 Ctm. von den Zähnen entfernt, grade unterhalb des Ringknorpels.

Es war unmöglich, irgend ein Instrument über den Fremdkörper fort zu bringen, welcher hart und unnachgiebig war und einen scharfen Ton, wie ein Blasenstein gab. Am folgenden Tage sollte die Oesophagotomie gemacht werden. Der Mann wurde per rectum ernährt und nicht im Bette gehalten.

Am anderen Tage hielt es der Verf. vor der Ausführung der Oesophagotomie für rathsam, Extractionsversuche mit der Zange zu machen. Da die Manipulationen gut vertragen wurden, so setzte er deren mehrere an, konnte jedoch innerhalb zehn Minuten weder einen Halt an dem Fremdkörper finden, noch die Spitze des Instruments über denselben hinausführen. Krohne's Zange brachte verschiedene Weintraubenkerne hervor und dislocirte endlich den Fremdkörper um 15 Ctm. weiter abwärts, so dass er sich nun 42 Ctm. unterhalb der Zähne befand. Hierkonnte man ihn zwar deutlich fühlen, jedoch nicht fassen, obwohl das Instrument ohne Schwierigkeit bei ihm vorbeizupassiren schien. Es zeigte sich weder an den Branchen der Zange, noch an dem ausgeworfenen Schleim etwas Blut. Eine lange Magensonde konnte leicht gegen den Fremdkörper anschlagen, ohne ihn zu dislociren. Mit diesen Manipulationen verliefen circa 15 Minuten. Nach Einführung dieses Instruments fühlte Pat. eine Schwäche und klagte kurze Zeit über Schmerzen im Epigastrium. Zwei Tage darauf starb er.

Bei der Autopsie fand man in der linken Pleurahöhle verschiedene Ingesta im Stadium der Zersetzung, die Lunge war collabirt. Die rechte Lunge zeigte alte pleuritische Adhäsionen. 1—12 Ctm. vom unteren Ende des Oesophagus entfernt, bestand eine Suppuration in den Geweben des Mediastinum posticum und 9 Ctm. oberhalb der Cardia des Magens fanden sich zwei Perforationen des Oesophagus, gegenüber den am meisten hervorstehenden Punkten einer Rosskastanie, die ca. 4 Ctm. im Durchmesser hatte und fest eingekeilt war. Diese Perforationen befanden sich an der linken Wand, mehr nach hinten gelegen und hatten scharfe Ränder; eine halb so gross wie die Spitze eines Bleistifts, eine andere um die Hälfte kleiner. Der Magen war leer und die Därme enthielten keinen anderen Fremdkörper. Es bestanden zahlreiche und feste alte peritonitische Adhäsionen.

LEFFERTS.

## II. Kritiken und Besprechungen.

**System der practischen Medicin etc., redigirt von William Pepper, M. D., L. L. D. etc. unter Mitwirkung von Louis Starr, M. D. Philadelphia 1885. Vol. III. Krankheiten des Respirations-, Circulations- und hämatopoëtischen Systems. (System of practical medicine etc, edited by William Pepper, M. D., L. L. D. etc., assisted by Louis Starr, M. D. Philadelphia 1885; Lea, Brothers & Co. Vol. III. Diseases of the respiratory, circulatory and haematopoëtic systems.)**

Das erste Drittel dieses umfangreichen Systems der Medicin beginnt mit einem gut geschriebenen Artikel von 30 Seiten Länge über Laryngoscopie und Rhinoscopie von Carl Seiler (Philadelphia). Es werden darin die verschiedenen Untersuchungsmethoden und deren Hauptschwierigkeiten zugleich mit den Elementen der Halsphotographie klar und kurz auseinandergesetzt. Der Autor giebt eine Abbildung und Beschreibung eines elektrischen Beleuchtungsapparates seiner eigenen Erfindung, der zu laryngoscopischen Zwecken an der Stirn getragen wird; ferner beschreibt er einen Septometer, um die Dicke des Septum zu messen. Obwohl ersterer im Princip sehr ingeniös ist, so glauben wir doch, dass er in praxi weniger handlich ist, als der einfache Lichtträger von Trouvé. Unsere eignen Erfahrungen und Experimente mit dem Edison'schen Brenner und anderen elektrischen Untersuchungsapparaten brachten uns Enttäuschungen. Dieser Zweig unserer Kunst liegt jedoch noch in seiner Kindheit und wird sich ohne Zweifel durch weitere Erfindungen in der Zukunft vervollkommenen.

Rücksichtlich der Rhinoscopie möchten wir die Aufmerksamkeit auf das grosse Alter dieser Kunst lenken. Schon die alten Hindus besassen ein Instrument zur Untersuchung der offenen Körperhöhlen (einschliesslich der Nasenwege). Sie müssen auch den Nasenkrankheiten grosse Aufmerksamkeit geschenkt haben, da nicht weniger als 32 Arten von Nasenaffectionen in dem Shastras beschrieben werden. Die alten Chinesen machten es sich gleichfalls zur Aufgabe, die Nasenöffnungen zu untersuchen, da sie sie als „die Fenster" der Lungen betrachteten. Wir haben auch irgendwo in Hippocrates' Werken die Beschreibung eines Instruments zur Untersuchung der Nase gefunden, welches dem gegenwärtigen dreiblätterigen Speculum ähnelt.

Wenn auch die moderne Geschichte der Rhinoscopie und Laryngoscopie allen Laryngologen bekannt ist, so glauben wir doch, dass der Autor, wenn auch nur in Form einer Anmerkung, bei dem historischen Theil dieser Materie einige Hinweise auf ein wohlbekanntes englisches Handbuch hätte machen sollen.

Vier Artikel über Krankheiten der Nasenwege (Coryza, chronischer Nasencatarrh, Epistaxis und krankhafte Neubildungen), aus der Feder von Dr. Harrison Allen (Philadelphia) stammend, kommen zunächst an die Reihe. Der Autor empfiehlt Behufs sicherer Constriction der Gefässe der Nasenschleimhaut bei Coryza einen constanten Strom (von 6—10 Ele-

menten) durch die Wangen zu leiten. Wiewohl Cocain das beste Mittel für diesen Zweck ist, so hat A. doch Personen angetroffen, bei welchen es gar keine Wirkung hatte. Wir können diese Gelegenheit nicht vorüber gehen lassen, ohne zu wiederholen, was wir bereits oft ausgesprochen haben betreffs der unterschiedlosen und urtheilslosen Art, in welcher dieses Mittel zur Zeit in der Nase und im Hals angewendet wird. Vor einiger Zeit*) haben wir schon darauf hingewiesen, dass der fortgesetzte Gebrauch dieses Mittels in den Nasenwegen und im Hals eine zunehmende Reizbarkeit dieser Gebilde erzeugt, wahrscheinlich in Folge der wiederholten Contraction und der nachfolgenden Erschlaffung der contractilen Elemente der erectilen Gewebe und kleineren Gefässe. Schliesslich kommt es in einigen Fällen zu einem subparalytischen Zustande ihrer Wandungen mit nachfolgender Schwellung und Hyperästhesie der Membran; und es kann dadurch der Grund zu permanenter Erweiterung der Cellularräume gelegt werden. Indem wir auf diesen Nachtheil des continuirlichen Gebrauchs hinweisen, wollen wir keineswegs die vielen ausgezeichneten Eigenschaften dieses Mittels in Frage stellen, sondern nur auf die mögliche Gefahr aufmerksam machen, welche der urtheilslose Gebrauch desselben herbeiführen kann.

In denjenigen Fällen, wo das Cocain contraindicirt ist, kann man die Schwellung der erectilen Räume durch ein einfaches Verfahren heben, auf welches wir im Jahre 1883**) hingewiesen haben. Es besteht in einer Incision oder Punction der Nasenmuscheln mittelst eines spitzigen Bistouris. Diese kleine Operation schafft fast sofort Erleichterung der quälenden Symptome, während die Berührung des kalten Stahls eine reflectorische Contraction des Muschelgewebes zu erzeugen geneigt ist.

Der Artikel über chronischen Nasencatarrh ist geschickt abgefasst und liefert einen werthvollen Beitrag zur Literatur dieses Gegenstandes. Aber sowohl dieses, wie auch die anderen Capitel sind zu unvollständig für ein Werk, das solche Ansprüche erhebt, wie das uns vorliegende. Als eine Darlegung der Ansichten Allen's wird es mit Interesse gelesen werden; aber der Specialist, wie der praktische Arzt werden vergeblich darin einen Hinweis auf einige sehr wichtige Fragen der Gegenwart suchen. Der Autor empfiehlt eine neue Methode zur Entfernung der Borken und zur Reinigung der Nasenwege: Nachdem man die Nasenlöcher gut dilatirt hat, führt man eine dornförmige Electrode kalt in die Nase ein und hält sie gegen die Borke, welche, sobald man den Strom hat durchstreichen lassen, unmittelbar der Electrode anhaftet und so bequem entfernt werden kann. Dieselbe Methode ist auch anwendbar, um Secrete aus den tieferen Theilen der Nase zu entfernen.

Die Abtheilung Epistaxis enthält den unvermeidlichen Holzschnitt von

*) Discussion über Cocain, 15. Mai 1885, Trans. Med. Chirurg. Faculty of Maryland und Trans. Americ. Laryng. Association, 26. Juni 1885, p. 142. Aehnliche Beobachtungen wurden seitdem von Beverley Robinson (New-York Med. Record. 17. Oct. 1885), Ingals (Journal Am. Med. Assoc., 20. Febr. 1886) und Anderen gemacht.

**) Trans. Med. Chir. Faculty, Maryland.

Bellocq's Röhrchen: ein Instrument, das vielleicht öfter abgebildet und seltener gebraucht wird, als irgend ein anderes in dem Armamentarium des Chirurgen. Es geschieht jedoch der ernsten Zufälle keine Erwähnung, welche bei dieser Blutstillungsmethode der Nase auftreten können.

Der Autor zieht das Ausreissen der Neubildungen in der Nase mittelst Zange allen anderen Methoden vor, ein Verfahren, was nach unserer Ansicht an Wirksamkeit mit der kalten Drahtschlinge nicht zu vergleichen ist. Obwohl letztere ausschliesslich zum Abschneiden benutzt wird, so fanden wir sie auch äusserst nützlich zum Ausreissen der Neoplasmen, die in weniger zugänglichen Theilen der Nasenhöhlen lagen. Die Drahtschlinge wird um die Neubildung herumgelegt und soweit als möglich gegen die Basis oder den Stiel vorgeschoben. Hierauf wird sie eng zusammengezogen, so dass man sich einen festen Halt an dem Neoplasma verschafft, welches dann mit Gewalt aus seinen Befestigungen herausgerissen wird. Auf diese Weise kann man oft Neoplasmen vollständig aus Theilen entfernen, die ganz ausserhalb des Bereichs der Zange liegen. Allen beschreibt zu Nasenoperationen eine ingeniöse galvanocaustische Schlinge, welche sich ihm bei Operationen in den Nasenwegen nützlich erwiesen hat.

Dr. Hosmer A. Johnson (Chicago) liefert einen fleissig geschriebenen und lesenswerthen Artikel über Neurosen des Larynx, in welchem die von Elsberg empfohlene Classification der Sensibilitätsneurosen vorläufig adoptirt wird. Unter anderen bemerkenswerthen Dingen glaubt J. an die Existenz eines einseitigen Larynxkrampfes und berichtet einen erläuternden Fall. Der nervöse Husten wird in einem sehr kurzen Abschnitt besprochen, während die von Nasenaffectionen abhängigen Larynxneurosen gar nicht erwähnt werden. Es ist in der That eine ganze Reihe mit dieser Classe von Affectionen in Zusammenhang stehender interessanter Punkte übersehen worden.

Nichtsdestoweniger ist die Arbeit eine durchaus practische und in einem verständigen Ton gehalten. Indem der Autor seine Ansichten dem allgemeinen ärztlichen Publikum unterbreitete, hat er vielleicht in weiser Absicht sich enthalten, auf die vielen strittigen Fragen einzugehen, welche untrennbar mit diesem Theil der Larynxpathologie verbunden sind.

Zwei ausgezeichnete Capitel über acute catarrhalische Laryngitis (Unechter oder krampfhafter Croup) und Pseudomembranöse Laryngitis von Dr. Abraham Jacobi (New-York) geben einen gedrängten Bericht über diese Affectionen, wobei besonders auf die Therapie das Augenmerk gerichtet wird. Wir wenden uns nur gegen den Satz, dass bei Larynxtuberculose keine grosse Tumoren angetroffen werden (p. 93) und überhaupt gehört wohl die ganze Frage der Tuberculose nicht in einen Artikel über den spasmodischen Croup. Wir haben leider nicht den Raum, die werthvollen Rathschläge ausführlich mitzutheilen, welche Dr. Jacobi für die Behandlung derjenigen Classe von Affectionen giebt, in der er eine so grosse Erfahrung besitzt, Es mag genügen, zu erwähnen, dass er den Mercur, besonders das Sublimat, als das wirksamste, zuverlässigste, vorbeugende und Lösungsmittel in Fällen von membranöser Laryngitis hält. Man kann $^1/_{50}$ Gran, also c. 1 Mgrm. Sublimat ruhig stündlich einem einjährigen Kinde geben, jedoch in einem halben oder ganzen Theelöffel voll

Wasser gelöst. Emetica sind unter bestimmten Indicationen sehr zweckmässig, aber es ist irrationell, irgend welche Besserung von ihnen zu erwarten, sobald der Larynx durch fest adhärirende Pseudomembranen verengt ist. Ueber den Catheterismus des Larynx äussert sich J. folgendermassen: „Die Einführung eines Catheters in den Larynx, nach der Methode von Horace Green, ist ein gefährliches Beginnen und sollte unterbleiben. Loiseau und Bouchut kamen in Folge dieser Methode auf die Idee, eine Röhre in und und durch den mit Pseudomembranen erfüllten Larynx zu permanentem Gebrauch einzudrängen, bis die Pseudomembramen verschwunden waren. Dieser Catheterismus wurde sofort lächerlich durch die Versicherung Bouchut's (1858), dass so behandelte Croupkranke Kinder sich nicht nur durch die eingelegte Röhre erleichtert fühlten, sondern sogar ihren Dank in einer Lobrede ausdrückten. Allerdings sind in neuerer Zeit einige Fälle berichtet worden, in denen der Catheterismus von gutem Erfolge begleitet war; es ist indessen sehr unwahrscheinlich, dass ein Larynx, welcher der Luft keinen Zutritt gewährt, weil er mit festen Pseudomembranen verstopft ist, den Druck einer Röhre zulassen und vertragen sollte."

Dr. Jacobi ist der Ansicht, dass die Tracheotomie die Mortalität der membranösen Laryngitis beträchtlich herabgemindert habe. „20—45 von jeden 100 Operationen" waren erfolgreich. Die Operation ist selten bei einfacher Laryngitis indicirt. Der Autor hat sie nur „1 Mal in 30 Jahren ausgeführt. während er viel mehr als 400 Tracheotomieen gemacht hat.

Da eine Digitaluntersuchung der Schwellung bei Larynxödem reflectorischen Krampf zu erzeugen geneigt ist; da ferner feststeht, dass aus solch einem Grund ein tödtlicher Ausgang erfolgte; da endlich eine laryngoscopische Untersuchung vollständig gefahrlos ist, so sind wir einigermassen überrascht, dass der Autor die erste Methode selbst da vorzieht, wo die Laryngoscopie möglich ist, und dass er letztere „weder für erforderlich noch für rathsam hält."

Die Kapitel über „Krankheiten des Larynx" (1. Entzündung, Erosion und Ulceration der Epiglottis; 2. Larynxoedem; 3. Perichondritis und Chondritis; 4. chronische Laryngitis) und Trachea (1. einfache Luftröhrenentzündung; 2) complicirte Tracheitis; 4. Ulceration; 5. krankhafte Geschwülste; 6. Stenose; 7. Dilatation (Hernie, Fistel) sind von besonderem Interesse, da sie die letzten Beiträge des ausgezeichneten Forschers Louis Elsberg (New-York) zur medicinischen Literatur bilden.

Während die Classification den Specialisten an die praelaryngoscopische Zeit erinnert, so besitzt doch die Eintheilung und Besprechung des Stoffes unter den von Elsberg gewählten Capiteln gewisse klinische Vortheile für den, welcher die Larynx- und Tracheaaffectionen studirt.

Der Autor glaubt mit Bestimmtheit, dass es Erosionen und Ulcerationen der Epiglottis catarrhalischen Ursprungs giebt: „Die Erosionen sind ihrer Natur nach catarrhalisch, selbst bei tuberculösen Individuen; in nicht specifischen Fällen gehen sie äusserst selten in Ulcerationen über; d. h. sie können Jahre lang bestehen, ohne das Gewebe unterhalb des Epithels zu ergreifen, ausgenommen, der Betroffene sei oder werde syphilitisch oder phthisisch.

Ferner: „Ulcerationen der Epiglottis sind gewöhnlich klein, aber zahlreich von wurmfrassartigem Aussehen und gehen oft auf andere Larynxgewebe über.

Obwohl sie zuweilen von tuberculösen, syphilitischen und anderen constitutionellen Affectionen herrühren, so treten sie auch als primäres Leiden in Folge von Catarrh oder localen Läsionen auf; sie können die Vorläufer und zuweilen die Entstehungsursache andrer schwerer Krankheiten werden.

Ich pflichte Horace Green in der That bei, dass sie oft „nicht nur unter den frühesten Symptomen der Halskrankheiten sich finden, sondern in vielen Fällen selbst die Ursache dieser Affectionen sind. Dass wir ferner, diesen Satz einmal zugegeben, es in unserer Gewalt haben, durch rechtzeitige topische Behandlung Krankheitsfälle positiv zum Stillstand zu bringen, welche sonst letal endigen würden, und in vielen Fällen es auch thun."

In dem Abschnitt über chronische Laryngitis wird die Abhängigkeit dieses Leidens von Nasenaffectionen und besonders von obstruirenden Läsionen, um es kurz zu sagen, ganz und gar übersehen. Es ist dies um so auffallender, da beide Affectionen so oft damit vergesellschaftet sind.

Die Artikel über die Krankheiten der Trachea enthalten nur eine kurze gedrängte Uebersicht über diese Affectionen, da der Verf. muthmasslich annahm, dass deren Bedeutung für den practischen Arzt keine längere Besprechung des Gegenstandes erheischt. Das Capitel über die Tumoren der Trachea enthält nur eine unvollständige Liste der verschiedenen Neoplasmen, welche in der Luftröhre gefunden werden. Das Gefühl einer „Art von Engigkeit in der Tiefe des Halses" soll ein häufiges Symptom der chronischen Tracheitis sein.

Das Capitel über chronische Laryngitis wird von J. Solis Cohen (Philadelphia) ergänzt, welcher einen practischen und concisen Bericht nebst vielen werthvollen Rathschlägen über die Hauptpunkte giebt, welche mit der Behandlung dieser Krankheit zusammenhängen.

Die Erfahrungen des Autors über die Tracheotomie, um bei ulcerativer und nicht ulcerativer Laryngitis Ruhe zu schaffen, sind keineswegs günstig. Er will daher diese Operation auf solche Fälle beschränken, wo in Folge von Strictur oder Verengerung ein Respirationshinderniss besteht, das intralaryngealen Massnahmen nicht zugänglich ist.

Derselbe Autor liefert einen ausgezeichneten Artikel über „Krankhafte Geshwülste des Larynx und die beiden Abschnitte über „Lepra" und „Lupus". Im ersteren werden die tuberculösen Tumoren nicht erwähnt.

Der nächste Artikel über „Tracheotomie" von George M. Lefferts (New-York) wird von Allen denen mit Nutzen gelesen werden, welche diese Operation auszuführen gewillt sind, da Verfasser offenbar ans eigener Erfahrung, nicht einfach aus Büchern schöpft.

Ob die Trachea eröffnet werden soll, bevor jede Blutung gestillt ist, das hängt nach Lefferts von der Schwere der Dyspnoë ab. Er ist correcter Weise der Ansicht, dass wenn die Suffocation nahe ist, man die Trachea spalten solle, bevor man die Blutung zu stillen sucht. Denn er hält es, mit Durham, für zwecklos, den Patienten an Suffocation sterben zu lassen, während man ihn vor dem Verblutungstod zu retten versucht.

In den Werken über diese Frage wird viel darüber gesprochen, dass man den Isthmus der Schilddrüse dislociren und Ligaturen um denselben legen soll. Es ist indess gezeigt worden (Hüter), dass die, die Schilddrüse und deren Ge-

fässe einschliessende fibröse Kapsel so fest an den Larynx und die Trachea befestigt ist, dass eine Verschiebung nach unten nicht möglich ist. Daher hat Bose empfohlen, die Fascie vor der Convexität des Ringknorpels quer zu spalten und den Isthmus hinabzuschieben, indem man eine Hohlsonde hinter denselben führt. Auf diese Weise erhält man die Integrität der Kapsel und verhütet ernstliche Blutungen. Dieses Verfahren hat sich in zwei von dem Autor ausgeführten Operationen gut bewährt.

Der Artikel ist sorgfältig ausgearbeitet und enthält eine vorzügliche Darstellung des Gegenstandes.

Der werthvolle und wohldurchdachte, wiewohl in vieler Hinsicht unvollständige Artikel über Bronchitis (acute und chronische, catarrhalische, mechanische, capilläre, rheumatische und pseudomembranöse) stammt von N. S. Davis (Chicago) her und ist das Resultat einer reichen Erfahrung in dem Studium dieser Affection. Die Bemerkungen des Autors über die Aetiologie und Therapie verdienen besondere Erwähnung. Nach seiner Beobachtung kommt eine grössere Reihe von Fällen von acuter und subacuter primärer Bronchitis zwischen dem 10. und 30. Lebensjahr vor: Ein Factum, dass direct dem allgemein acceptirten Satz widerspricht, dass die beiden Extreme des Lebens die grösste Zahl der Fälle liefern. Das Trügerische der letzteren Ansicht wird eingehend auseinandergesetzt, indem der Autor nachdrücklich auf die zu Täuschungen Anlass gebenden Berichte der Mortalitätsstatistik rücksichtlich der Bronchialformen der Entzündung hinweist. Die Werke von Forcy und Drake werden reichlich citirt zur Vertheidigung des Satzes, dass die Stärke und Richtung der atmosphärischen Strömungen ebenso viel mit dem Entstehen der Entzündung der Luftwege, einschliesslich aller Grade von Bronchitis, zu thun haben, als die Temperatur und Feuchtigkeit. In einigen der heftigen Schneestürme aus dem Nordost, welche in dem letzten Theil des April und März auftraten, fand D. eine reichliche Menge freien Ammoniaks. Ob aber Ozon oder Ammoniak irgend etwas mit der Erzeugung der Bronchitis zu thun haben, das kann nicht eher bestimmt werden, als bis mehr gleichmässige Daten für zuverlässige Schlüsse geliefert werden. — Wir möchten hier bemerken, dass Schönbein, der nach seinen experimentellen Untersuchungen zuerst annahm, dass die Gegenwart des Ozons in einem bestimmten Verhältniss zu dem Vorwiegen des Catarrhs der Respirationsapparate stehe, sich consequenter Weise gezwungen sah anzunehmen, dass es sich um ein rein locales Irritament handle, wie Chlor und andere Gase, während die von ihm vermuthete Beziehung zu den sog. catarrhalischen Monaten durch die Beobachtungen und Experimente von Seitz über den Haufen geworfen wurde.

Die Existenz einer rheumatischen Bronchitis als einer bestimmten pathologischen Art ist einigermassen problematisch, und des Autors Differenzirung dieser Form von der catarrhalischen Varietät ist kaum befriedigend noch überzeugend. Wir sind überrascht, in diesem Abschnitt nicht die schönen Beiträge zu diesem Gegenstand aus der Feder von Thomas H. Buckler (Baltimore) erwähnt zu finden.

„Bronchial"- und „Heu-Asthma" werden von W. H. Geddings (Aiken) besprochen.

Rücksichtlich der ersteren Affection glaubt der Verfasser, dass die Ansicht

von Biermer, obwohl in mancher Hinsicht unbefriedigend, dennoch die beste Erklärung für die Pathologie und Symptomatologie dieser Krankheit darbietet. Was die letztere betrifft, so rechtfertigen die Experimente von Blackley die Ansicht, dass die Aetiologie des in England vorwaltenden Heufiebers in dem Pollen einer Anzahl Pflanzen zu suchen ist, besonders der Gräser und Getreidearten, welche im Spätfrühling und Frühsommer blühen, während diejenigen von Marsh sicher beweisen, dass die Ambrosia artemisiae folia (der römische Wermuth) sicher eine und wahrscheinlich die Hauptursache der amerikanischen oder Herbstvarietät dieser Krankheit ist". —

Wir haben nicht die Absicht, in diesem Referat die vielen Einwände zu wiederholen, welche wir von Zeit zu Zeit gegen die Pollentheorie der fälschlich „Heufieber" genannten Krankheit erhoben haben. Wir wollen einfach unsere Ansicht dahin aussprechen, dass sie schnell ihrem legitimen historischen Platz als eine interessante Spekulation sich nähert und dass das Ende ihrer langen Herrschaft nahe ist. In der That, wir können ohne Scheu mit dem Lord Oberhenker im „Mikado" wiederholen, dass „die Blumen die im Frühling blühen, tra la, mit dem Fall nichts zu thun haben."

Wir befinden uns gegenwärtig in einer vollständigen Revolution der Ansichten hinsichtlich der Pathologie der als „Asthma" und „Heufieber" bekannten Zustände. Phaenomene die nach den allgemein angenommenen Ansichten unerklärlich waren, finden ihre passende Erklärung in krankhaften Zuständen der respiratorischen Gebilde, die mit einer Störung — wie unvollkommen sie auch erklärt sein mag — des vasomotorischen sympathischen Systems verbunden sind. Die älteren Schriftsteller waren zweifellos mit der als „Heufieber" bekannten Krankheit wohl vertraut, welche sie als eine Abart, oder auch als identisch mit dem sog. „Bronchialasthma" der Jetztzeit ansahen. Erst seit den Beobachtungen von Bostock sah man das Asthma, welches durch die Ausdünstungen der Gräser bedingt wird, als etwas Anderes, wie das durch andere Ursachen entstandene an, und es hat fast ein Jahrhundert gebraucht, ehe wir zu der einfacheren Classification der älteren Nosologen zurückkehrten. Selbst jetzt noch sind unsere Ansichten über den als „Asthma" bekannten Zustand mehr oder weniger vage und unbestimmt. Man sieht es als eine Krankheit per se an, als eine bestimmte pathologische Einheit. Wenn wir jedoch genau zusehen, was in der gewöhnlichen Vorstellung von diesem Zustand einbegriffen ist, dass er gleich vielen anderen Respirationsstörungen keine anatomische Läsion aufweist, dass er einer fast unbegrenzten Anzahl von pathologischen Zuständen gemeinsam ist, so sind wir gezwungen, das Asthma als ein Symptom anzusehen, welches, gleich dem Husten, entweder einleiten, oder nachfolgen, oder endlich zugleich mit einer Reizung der verschiedenen Körpertheile auftreten kann, welches aber gewöhnlich bei einigen Störungen im Respirationsapparat sich symptomatisch zeigt. —

Wenn wir vor einiger Zeit die Ansicht aussprachen, dass die sog. nasalen oder respiratorischen Reflexneurosen — die Gruppe von Phaenomenen, die als „Heufieber", „Asthma" bekannt sind und andre Reflexprocesse, die sich in Verbindung mit Nasenkrankheiten vorfinden, als der semiologische Ausdruck eines einzelnen krankhaften Processes anzusehen sind, so thaten wir dies nicht aus

rein theoretischen Gründen, sondern gestützt auf die Beobachtungen, dass die Behandlung einer dieser Affectionen auch die Behandlung für alle Anderen ist. und dass, ob wir es zu thun haben mit dem paroxysmenartigen Husten, Asthma, oder dem Ensemble der als „Heufieber“, „Rosenschnupfen“ etc. bekannten Phänomene, die therapeutischen Indicationen identisch sind. Wir glauben daher, dass wir von dem hier empfohlenen Standpunkt aus ein helleres Licht auf die ganze Frage der respiratorischen Reflexneurosen werfen können, und dass wir, indem wir das Asthma als ein Symptom oder mehr als eine Folgeerscheinung, denn eine bestimmte Krankheit ansehen, uns mehr dem eigentlichen Wesen seiner Pathologie nähern.

Die „Krankheiten der Schilddrüse“ (Struma, Carcinom und Sarcom) werden von D. Hayes Agnew (Philadelphia) besprochen. Die Schwellungen der Schilddrüse werden eingetheilt in folliculäre, gelatinöse, cystische, fibröse und vasculäre. Bei dem folliculären und fibrösen Kropf empfiehlt der Autor neben der inneren Behandlung eine Salbe aus Jodoform. 6,0 und Adipis benzoati 30,0. Bei der vasculären Form wandte er Injectionen von Carbolsäure mit viel versprechendem Erfolge an. 4—5 Tropfen einer Lösung der Crystalle in Glycerin (es wurde nicht mehr Glycerin genommen, als zur Lösung der Crystalle nothwendig war) sollen alle 4—5 Tage injicirt werden. Die durch die Spritze gemachte Wunde soll sofort mit Heftpflaster geschlossen werden. Was die Exstirpation der Schilddrüse betrifft, so meint er, dass nach den Experimenten an niederen Thieren und den Resultaten der Beobachtungen, welche nach der Exstirpation derselben beim Menschen gemacht worden sind, diese Operation zu den ungelösten Problemen der Chirurgie gehört.

Bei dem beschränkten Raum, welcher uns für dieses Referat zugewiesen ist, sind wir nicht im Stande, die einzelnen Artikel so ausführlich zu besprechen, wie sie es verdienen. Es sind alles Erzeugnisse von Männern von anerkannter Tüchtigkeit und man darf allgemein sagen, dass sie ihre Arbeit so ausgeführt haben, dass sie ihnen Ehre macht. In einzelnen Fällen ist zwar die Classification und die Anordnung schlecht, und es sind viele Unterlassungssünden begangen worden, die gerechtes Erstaunen erregen. Einige der interessantesten und, wie wir hinzufügen können, gewöhnlichsten Affectionen der oberen Luftwege sind entweder knapp erwähnt, oder ganz und gar vergessen worden. Häufig zeigt sich ein Mangel an Frische, weil zweifellos zwischen der Abfassung und der Publication ein unvermeidlicher Zwischenraum lag; manche Druckfehler in den Eigennamen, besonders in dem Artikel über „Neurosen“, sind störend. Auf die Arbeiten tüchtiger zeitgenössischer Autoren ist kaum hingewiesen worden und diejenigen, welche ausführliche Essays oder encyclopädische Belehrung über Hals- und Nasenkrankheiten erwarten, werden sich enttäuscht finden. Aber es wird, wie ich glaube, wenige Leser geben, welche nicht in den praktischen, vernünftigen und in mancher Hinsicht originellen Artikeln sowohl Interessantes als Belehrendes finden werden. JOHN N. MACKENZIE (Baltimore).

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang III. Berlin, December. 1886. No. 6.

## I. Die Stellung der Laryngologie in Belgien.

Bis zum Jahre 1874 war die Laryngologie in Belgien — man kann es ruhig sagen — nicht vertreten. Einige Aerzte hatten zwar ein Laryngoscop (und wenn es nur ein einziger Spiegel war!) und wussten sich desselben zu bedienen, um eine beiläufige Diagnose zu stellen, aber weiter ging ihre Kunst nicht. Operative Eingriffe wurden nicht vorgenommen und die mit einem operirbaren Kehlkopfleiden behafteten Belgier konnten, wenn sie Geld genug hatten, im Auslande Hilfe suchen und so dem Loose der Mittellosen entgehen. — Es waren Private, welche den Impuls dazu gaben, dass die Laryngologie in Belgien importirt wurde. Doch stiess man dabei auf das grösste Widerstreben der belgischen Aerzte, so dass die Regierung geradezu activ eingreifen musste. Trotzdem wusste diese aber dem beleidigten Nationalgefühle des belgischen Aerztecorps dadurch gerecht zu werden, dass sie jungen Kräften Staatsunterstützung zu Theil werden liess, um im Auslande die Laryngologie zu erlernen. Zu diesem Zwecke wandten sich diese meist nach Wien, Berlin, London und auch Paris. So kommt es, dass sich jetzt allmälig in allen grössern Städten Belgiens Vertreter der Laryngologie befinden.

Was den Unterricht in der Laryngologie anbelangt, so wird derselbe nirgends officiell ertheilt. Zwar ist in Brüssel durch einen „Service" im „Hôpital St. Jean" und durch zwei Privatkliniken den Studenten und Aerzten die Gelegenheit geboten, sich mit der Laryngologie und Rhinologie vertraut zu machen, allein ein Gebrauch wird davon kaum gemacht. In der Regel benützen die jungen Aerzte die Gelegenheit einer wissenschaftlichen Reise, welche sie nach erlangtem Doctorhute mit oder ohne Staatsunterstützung ins Ausland unternehmen, um hier oder dort einen laryngologischen Curs durchzumachen. Bisweilen kehren sie von einem solchen Curse als „Laryngologen" zurück, verschmähen aber nicht Allgemeinpraxis und vielleicht noch eine andere Specialität daneben zu betreiben. Dieses Betreiben der Allgemeinpraxis ist auch bei andern Laryngologen im Schwunge und beeinträchtigt das Populärwerden der Laryngologie unter der ärztlichen Welt. Ein grosser Theil der Aerzte verhält sich daher noch skeptisch jener gegenüber und betrachtet sie mit einem gewissen Misstrauen. Hoffen wir, dass auch das sich mit der Zeit ändert und dass die Laryngologie in Belgien eine Stellung erringen

wird, würdig, sich mit der Position der Specialität in andern Ländern zu messen! Die ernsthaften, wissenschaftlichen Bestrebungen einiger der wenigen Vertreter belgischer Laryngologie lassen diese Hoffnung als eine berechtigte erscheinen.

---

## II. Die laryngologische Literatur in den ersten sechs Monaten des Jahres 1886.

In der diesmaligen Uebersicht läuft Amerika allen andern Ländern bei weitem den Rang ab, während Grossbritannien weit zurücktritt. Auch sonst haben sich die Productionsverhältnisse der einzelnen Länder beträchtlich verschoben: Oesterreich, Spanien und die skandinavischen Länder haben weit mehr producirt als in der entsprechenden Periode des Vorjahres; ausser Grossbritannien sind auch Deutschland, Frankreich, Belgien, Holland und die Schweiz anscheinend nicht unbeträchtlich zurückgegangen. Doch dürfte die Verminderung in der That nur eine anscheinende sein und durch unseren Referenten nachträglich zur Kenntniss kommende Arbeiten mehr als ausgeglichen werden. Immer von Neuem erregt die enorme Anzahl der amerikanischen Arbeiten über Nasenleiden und über Diphtheritis und Croup Erstaunen.

| Länder. | Allgemeines. | Nase. | Rachen. | Diphtheritis und Croup. | Kehlkopf. | Schilddrüse. | Oesophagus. | Zusammen. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nordamerika | 13 | 47 | 16 | 38 | 29 | 4 | 11 | 158 |
| Deutschland | 20 | 21 | 18 | 6 | 21 | 3 | 1 | 90 |
| Grossbritannien und Colonien | 7 | 13 | 23 | 5 | 14 | 10 | 2 | 74 |
| Frankreich | 11 | 6 | 27 | 4 | 18 | 1 | 3 | 70 |
| Oesterreich | 6 | 13 | 9 | 1 | 11 | 3 | 6 | 49 |
| Italien | 7 | 8 | 1 | 2 | 10 | 1 | — | 29 |
| Schweden, Norwegen, Dänemark | 3 | 3 | — | 4 | 3 | 2 | 3 | 18 |
| Russland | 1 | 1 | — | 2 | 4 | 1 | 3 | 12 |
| Spanien | — | 2 | 3 | 3 | 2 | — | — | 10 |
| Belgien und Holland | 1 | — | 2 | 1 | 3 | — | — | 7 |
| Schweiz | — | 1 | — | 1 | 1 | 1 | — | 4 |
| Polen | — | — | — | 2 | — | 1 | — | 3 |
| Zusammen | 69 | 115 | 99 | 69 | 116 | 27 | 29 | 524 |

---

# III. Referate.

## a. Allgemeines.

1) **A. Tacconis** u. **F. Mercandino** (Turin). **Bericht des Ambulatoriums für Halskrankheiten. (Rendiconto dell' ambulatorio per le malattie della gola nell' Ospedale Maggiore di S. G. Battista di Torino.)** *Archivii ital. di Laringologia. VI. Fasc. III e IV.*

Statistischer Bericht über 592 von November 1882 bis December 1885 in dem Ambulatorium des Turiner Spitals behandelte Kranke.

Bei tuberculösen Kehlkopfgeschwüren haben die Verff. gute Resultate vom Jodoform gesehen. Hervorzuheben sind aus der Krankenstatistik 23 Fälle von Kehlkopfpolypen, die grösstentheils auf operativem Wege geheilt wurden.

KURZ.

2) **Sörensen** (Kopenhagen). **Jahresbericht des „Blegdamshospital" 1885. (Aarsberetning fra Blegdamshospitalets 1885.)** *Hospitals-Tidende. 9. u. 16. Juni. 1886.*

Aus diesem Bericht ist hervorzuheben: An Diphtheritis und Croup wurden 360 Patienten behandelt. Der Mortalitätsprocentsatz (für operirte und nicht operirte Croupfälle zusammen berechnet) war 57 pCt.

330 Patienten wurden wegen Scarlatina behandelt. Von diesen starben 20, wovon 16 mit mehr oder wenig ausgebreiteter Diphtheritis (16 Diphth. faucium, 14 Diphth. nasi, 2 Diphth. laryngis) behaftet waren. Die 2 Patienten mit Larynxdiphtheritis wurden ohne Erfolg tracheotomirt. Bei den übrigen 310 Scarlatinapatienten, die genasen, wurde Diphtheritis bei 57 pCt. vorgefunden.

Wegen Diphtheritis allein wurden 202 Pat. behandelt. 30 oder ca. 15 pCt. starben; diese waren alle Kinder von unter 1 Jahr bis 12 Jahr. 2 wurden nicht secirt. Bei 7 hatte die Diphtheritis sich nicht ausserhalb des Pharynx ausgebreitet, bei 4 war der Kehlkopf, bei 6 auch die Trachea und bei 8 waren die Lungen von dem diphtheritischen Processe mit ergriffen. Von den geheilten (20 M., 66 W., 52 K.) waren 80 pCt. nicht complicirt, 20 pCt. (1 M., 15 W., 18 K.) complicirt (Laryngitis [ohne Stenose] bei 8 pCt. [5 Erw., 3 K.]; Diphth. nasi bei 9 [1 Erw., 8 K.]; Albuminurie 21 [12 Erw., 9 K.]; Paralysen 3 [1 Erw., 2 K.]).

158 Fälle von Croup (1 M., 156 K.) wurden behandelt. 2 von diesen wurden sterbend ins Spital gebracht. Von den übrigen 156 starben 91, 65 (davon 25 ohne Operation) wurden geheilt.

SCHMIEGELOW.

3) **Wm. Porter** (St. Louis). **Bericht über Hals- und Brustkrankheiten. (Report on diseases of the throat and chest.)** *Weekly Med. Review. 5. Juni 1886.*

Der Bericht enthält einige gut abgefasste Auszüge aus der laufenden Literatur.

LEFFERTS.

4) **L. Jurist** (Philadelphia). **Einige Beobachtungen über die Behandlung der Krankheiten der oberen Luftwege. (Some observations on the treatment of diseases of the upper air-passages.)** *Clinical notes etc. Philad. I. p. 21—24. 1885/86.*

Der Autor empfiehlt eine fortgesetzte und systematische Behandlung. Die Mittel sind dieselben, wie sie von unseren Collegen in Philadelphia empfohlen werden. Acute Rhinitis, Heufieber, chronische Rhinitis; acute Affectionen des Pharynx und der Tonsillen sowie chronische Pharyngitis werden kurz besprochen.

LEFFERTS.

5) **Ino N. Mackenzie** (Baltimore). **Die Beziehung gewisser atmosphärischer Zustände zu dem Vorwiegen der catarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege. (The relation of certain states of atmosphere to the prevalence of catarrhal affections of the upper air-passages.)** *Philad. Med. News. 22. Mai 1886.*

Diese Arbeit ist nur eine Ergänzung der ausführlichen Mittheilung des Autors in der amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft (1885) über den Ursprung. die Ursachen und die geographische Verbreitung der catarrhalischen Affectionen. Die besprochenen atmosphärischen Zustände sind: Hitze, Kälte, Feuchtigkeit und bewegte Luft.

Verf. erörtert ausführlich den Einfluss des Climas vom Standpunkte der geographischen Vertheilung und der Entwicklung catarrhalischer Processe durch einfachen Ortswechsel. Das Verziehen von einem gleichmässigen oder gemässigten Clima in ein anderes, wo die atmosphärischen Zustände beständig wechseln, führt diese Processe oft herbei, und die Acclimatisirung wird oft auf Kosten eines Nasen- oder Larynxcatarrhs erworben. Zuweilen erzeugt der Ortswechsel eine Prädisposition zu catarrhalischen Affectionen, die erst bei der Rückkehr des Individuums in seine Heimath zum Ausbruch kommen. LEFFERTS.

6) **Garrigou. Die Schwefelquellen und die Inhalationen. (Les sources sulfurées et les inhalations.)** *Revue méd. d'Hydrologie etc. No. 56. 25. April 1886*

Es wird die Zusammensetzung der Schwefelthermen der Pyrenäen angegeben und die Vorzüglichkeit der Quellen von Luchon hervorgehoben. E. J. MOURE.

7) **P. R. Cortelyon. Ueber die Anwendung des Cocainum mur. bei Halskrankheiten. (On the use of muriate of cocaine in diseases of the throat.)** *Southern Medical record. 20. Mai 1886.*

C. berichtet über einige Fälle, wo das Mittel erfolgreich zur Stillung der localen Schmerzen im Larynx und Pharynx angewendet worden war. LEFFERTS.

8) **D. H. Goodwillie. Behandlung der Folgeerscheinungen der Syphilis der Nase, des Mundes und Halses. (Treatment of the sequelae of syphilis of the nose, mouth and throat.)** *New-York Med. Journ. 26. Juni 1886.*

G. ist der Ansicht, dass die Symptome, welche als Beweis der Wirkung des Mercurs auf den Organismus gelten, d. h. die Empfindlichkeit des Zahnfleisches und der Zähne bereits einen Schritt zu weit bedeuten, da sie nichts anderes als eine Periostitis und Odontitis (oft von Rhinitis und Glossitis begleitet) sind. Wenn man Jodkali zu lange fortgiebt, kann man einen Zustand der Cachexie mit catarrhalischen Secretionen erzeugen. Bei der Behandlung der Folgeerscheinun-

gen soll man sein Augenmerk auf diese, nicht auf das syphilitische Virus richten. Die Allgemeinbehandlung soll hauptsächlich eine tonische sein. Local sollten oberflächliche Ulcerationen mit milden Causticis, tiefere mit dem Argentumstift oder dem Galvanocauter behandelt werden. Necrotische Knochen sollten, sobald sie entdeckt würden, entfernt werden, und dies geschieht, nach Ansicht des Verf., am besten mit den von ihm erfundenen Rotations-Instrumenten. Die rotirende Wirkung wird durch eine chirurgische, electrische Maschine erzeugt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

9) **Paulsen** (Kiel). **Ein Fall von Lepra tuberosa.** *Monatshefte f. prakt. Dermatologie. No. 1. 1886.*

Neben hochgradiger Erkrankung der äusseren Haut fanden sich bei der 64jährigen Kranken beide Nasenhöhlen durch knotige, theilweise oberflächlich ulcerirte Verdickungen verengt, hintere Pharynxwand gewulstet, hinter den Gaumenbögen ulcerirte Knötchen; Epiglottis seitlich comprimirt, wenig beweglich, geschwellt; das Innere des Larynx blos verdickt, das Lumen verengt. In dem Secret des Rachens und der Nase fand P. Leprabacillen. Einer Behandlung entzog sich Patientin.

SCHECH.

10) **Partsch. Einige neue Fälle von Aktinomykose des Menschen.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Band 23. Heft 5 u. 6. 10. Juni 1886.*

Der die Leser des Centralblattes interessirende Theil der fleissigen Arbeit betrifft die Actinomykose des Unterkiefers resp. der Mundhöhle und des Halses. Verf. beobachtete 4 hierhergehörige Fälle und bestätigt die Ansicht Israel's, dass die Krankheit nicht acut entzündlich, sondern langsam und torpid sich entwickle und kaum auffallende Schmerzhaftigkeit verursache. Sehr häufig, aber durchaus nicht immer sei ein cariöser Zahn die Eingangspforte des Pilzes; wahrscheinlich könnten dieselben auch durch kleine Schleimhautdefecte und Erosionen in Folge cariöser Zähne in die Gewebe eindringen. Die Prognose ist bei gründlicher Entfernung aller selbst der kleinsten Granulationen eine günstige, wenn auch Recidive zuweilen beobachtet würden.

SCHECH.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **J. A. Thompson. Bericht über drei Fälle von Nasencatarrh mit Demonstration eines electrischen Erleuchtungsapparates für die Nase. (Report of three cases of nasal catarrh with exhibition of an electric illuminator for the nose.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 26 Juni 1886.*

Nichts Neues.

W, J. SWIFT (LEFFERTS).

12) **A. B. Shoeacker. Hypertrophischer Nasencatarrh. (Hypertrophic nasal catarrh.)** *New-York Med. Record. 26. Juni 1886.*

S. giebt eine Abhandlung über hypertrophischen Nasencatarrh, worin er sich dahin erklärt, dass die Krankheit in der Regel durch eine strumöse Diathese neben den gewöhnlichen Reizursachen des chronischen Nasencatarrhs bedingt sei,

Es besteht nur eine Schwierigkeit in der Diagnose, wenn das hypertrophische Gewebe die Tendenz hat, gestielt zu werden, hinsichtlich der Frage, ob es dann nur einen Polyp vortäuscht oder wirklich ein Polyp wird. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

13) **Joseph Blum. Periodische, hyperästhetische Rhinitis. (Periodic hyperaesthetic rhinitis.)** *Maryland Med. Journal. 12. Juni 1886.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

14) **C. E. Miles. Epistaxis und deren Behandlung. (Epistaxis and its treatment.)** *Massachusetts Med. Journal. Februar 1886.*

Eine kurze aber zweckmässige allgemeine Besprechung des Gegenstandes mit einer Uebersicht gewisser wohlbekannter Heilmittel. LEFFERTS.

15) **Mary Putnam Jacobi. Profuse Epistaxis, Dilatation und fettige Degeneration des Herzens. (Profuse epistaxis, dilatation and fatty degeneration of the heart.)** *New-York Med. Journ. 12. Juni 1886.*

Die Natur des Falles kennzeichnet der Titel. Patient war 5 Jahre alt. LEFFERTS.

16) **F. S. Mackey. Heufieber. (Hay fever.)** *North-western Lancet, St. Paul. 16. Juni 1886.*

Verf. empfiehlt besonders den Galvanocauter gegen vordere Hypertrophieen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) **Köhler** (Posen). **Zwei Fälle von Heufieber.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. S. 378.*

Zwei Fälle von im Juni, zur Zeit der Kornblüthe sich einstellendem Catarrh bei einem Mann und einem Knaben, die durch „galvanocaustische Zerstörung der Schwellkörper" geheilt wurden. B. FRAENKEL.

18) **S. L. Bishop. Cocain gegen Heufieber. (Cocaine in Hay fever.)** *Western Med. Reporter, Chicago. Juni 1886.*

B. gebraucht ein 6 proc. Pulver mit Milchzucker, welches mit einem Luftbläser applicirt wird. Er hat einen Tascheninsufflator zur Selbstbehandlung erfunden. B. hat verschiedene Fälle gesehen, wo das Cocain auf die vasomotorischen Nerven unabhängig vom Centralnervensystem einwirkte, indem es eine hochgradige Dilatation der Gefässe und Verschlimmerung aller Symptome herbeiführte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **Th. Hering** (Warschau). **Ueber Reflexneurosen durch Nasenaffectionen veranlasst. (Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. Februar-März 1886.*

H. resumirt vorerst die Beobachtungen Hack's über diesen Gegenstand. Dieser erklärte Anfangs die Reflexneurosen nasalen Ursprungs nur durch eine Schwellung der vorderen Ränder der unteren Muscheln, die durch Reiz der nervi erigentes hervorgerufen werde. Später musste er seine Conclusionen ausdehnen, denn auch Schwellungen der mittleren Muscheln bedingten Reflexneurosen. Die Anhänger Hack's hatten ihren Enthusiasmus zu weit getrieben und bei der Behandlung der diversen Reflexneurosen nasalen Ursprungs mit der

Galvanocaustik Missbrauch getrieben. H. erinnert an die Schlussfolgerungen John Mackenzie's über die Reflexzone der Nase, die streng begrenzt sei und den Schwellkörpern der Muscheln entspräche. Er nimmt den Bestand dieser Zone an und meint, dass sie auf die ganze Schleimhaut des Septums ausgedehnt werden müsse und nicht allein auf deren hintere Partie. Er erwähnt hierauf die Ansichten Wille's und berichtet über einen Fall, der die Ansicht dieses Autors stützt, nach welcher der Trigeminushusten eine der häufigsten Formen des Reflexhustens sei und nach welcher Ansicht man es überall da, wo man einem hartnäckigen und ermüdenden Husten ohne Nachweis von Läsionen der Respirationsorgane begegne, mit einer Trigeminusneurose zu thun habe. Der beobachtete Fall ist folgender. Ein Mann von 32 Jahren, Arthritiker, litt seit einem Jahre an heftigen spastischen Hustenstössen. Leichte Bronchitis ungenügend den Husten zu erklären. Sehr heftige Rhinitis, Hypertrophie und Schwellung der rechten unteren Muschel, die zeitweise am Septum oder vielmehr an dessen knöcherner Leiste anliegt. Links dieselben Läsionen aber weniger ausgebildet. Bei Berührung der Muschel an deren Berührungspunkt mit der Nasenscheidewand löste H. einen heftigen spastischen Hustenanfall, momentane Dyspnoë und reichlichen Nasenausfluss aus. Die Behandlung rechts mit dem Galvanocauter, links mit Chromsäure brachte die Symptome zum Schwinden.

Seit zwei Jahren sammelte H. diesbezügliche Beobachtungen von Reflexneurosen. Er beobachtete 20 Fälle von Asthma als Folge von Hypertrophie der Muschelschleimhaut. Von diesen hat er 12 geheilt. Migraine, Supraorbital-Neuralgien, Nieskrämpfe, Schwindel, hysterische Kehlkopfaffectionen können das Resultat einer Nasalaffection sein und durch die entsprechende Behandlung gebessert werden.

Da die mittlere Muschel dem Septum näher liegt als die untere Muschel, so wird eine Schwellung der ersteren leichter eine Compression des Septums und Reflexneurosen auslösen. Der Autor studirt hierauf gewisse Beobachtungen, die illustriren, dass spastische Aphonie, Laryngospasmus, spastische Dyspnoë und gewisse Kehlkopfparalysen auf Reflexneurosen nasalen Ursprungs zurückgeführt werden können.

Die spastische Aphonie beobachtet man namentlich bei Leuten, die ihre Stimme häufig anstrengen. H. bringt 3 einschlägige Fälle, ferner mehrere Fälle von Spasmus des Kehlkopfes und von hysterischer Kehlkopflähmung und einen Fall von Asthma. In allen diesen Fällen bestanden Erkrankungen der Nase. Nach mehrfachen kritischen Beobachtungen über seine berichteten Fälle zieht H. Schlussfolgerungen, von denen wir folgende hervorheben:

Hack gebührt das Verdienst den Zusammenhang zwischen Reflexneurosen und Nasenaffectionen betont zu haben.

H. konnte bisher diesen Zusammenhang bei folgenden Affectionen bestätigen: Asthma, Migräne, Schwindel, Supraorbital-Neuralgie, Kehlkopfhusten, Niesen, phonetischer Stimmritzenkrampf, Aphonie und hysterische Dyspnoë.

Eine gewissenhafte Erforschung des Allgemeinzustandes, eine längere Beobachtung des Falles und die vergebens in einer anderen Richtung eingeleitete Behandlung tragen dazu bei, die Diagnose auf Nasenreflexneurose zu bestätigen.

E. J. MOURE.

20) **Eve Duncan. Nasenpolypen. (Nasal polypi.)** *Southern Practitioner. Januar 1886.*

Eine hübsche klinische Vorlesung, welche ein kurzes Resumé über diesen Gegenstand darbietet. Es schliessen sich daran die Details einer bei einem Falle von fibrösem Nasenpolyp ausgeführten Operation. LEFFERTS.

21) **F. Medina Ferrer** (Habana). **Schleimpolyp der Nase, Heilung durch antiseptische Nasendouche. (Pólipo nasal mucoso curado con duchas antisépticas.)** *Anales de Otologia y Laringologia. El Siglo-Médico. No. 1703. p. 517. 1886.*

19jähr. Pat. leidet unzweifelhaft an Nasenpolypen, verweigerte die operative Entfernung. Es wurden Nasendouchen, 1 pro mille Boraxlösung, verordnet, worauf die Pat. vollständig geheilt wurde. (! Red.) KISPERT.

22) **R. S. Knode. Syphilitische Entzündung der Nase und des Halses. (Specific inflammation of the nose and throat.)** *St. Louis Med. and Surg. Journ. Januar 1886.*

Eine ernst und gut geschriebene Beweisführung für die Wichtigkeit und den Werth einer frühzeitigen Diagnose der syphilitischen Halsaffectionen nebst einer allgemeinen Betrachtung über die Erscheinungen etc. der localen Läsionen und Regeln für ihre Behandlung. LEFFERTS.

23) **Beverley Robinson. Caries syphilitica der Nase. (Syphilitic caries of the nose.)** *New-York med. Journ. 17. April 1886.*

Patient wurde vorgestellt, um zu zeigen, wie grossen Nutzen milde Massnahmen erzielen können. Er erhielt kleine Dosen Jodkalium, und die Nasenhöhle wurde so rein als möglich gehalten. R. glaubt nicht an den Nutzen der Drillbohrinstrumente in solchen Fällen, da sie oft mehr Schaden als Vortheil im Gefolge haben. LEFFERTS.

24) **Gussenbauer** (Prag). **Demonstration eines Falles von Rhinosclerom. Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung am 22. Januar 1886.** *Prager med. Wochenschr. No. 4. 1886.*

Es handelte sich um einen Tumor, welcher angeblich seit September 1885 von der Nasenwurzel aus in die linke Orbita, in das cavum nasale, pharyngeale und orale gewuchert war. Die Härte des Tumors und das Fehlen von Ulcerationen liessen trotz des ungewöhnlich raschen Wachsthums die Diagnose auf Rh. stellen. G. erwähnt noch eines Falles von ähnlicher Ausdehnung und schneller Entwickelung (bei welchem aber die histologische Untersuchung das Rh. nachwies) und hebt die geringe Glaubwürdigkeit seiner Patientin bezüglich ihrer Angaben über Anfang des Processes hervor. Er glaubt nämlich, dass derselbe schon lange vor dem September 1885 begonnen habe.

CHIARI.

25) **Janovsky** (Prag). **Ueber Rhinoscleroma und Xeroderma pigmentosum (Kaposi).** *Wiener med. Presse. No. 13, 14 u. 17. 1886.*

A. Rhinosclerom.

J. stellte in der Februar-Sitzung des Prager medicinischen Doctoren-Collegiums einen 48jährigen Mann vor, der seit 5 Jahren an diesem Gebrechen litt. Nach und nach wurde die Nase, Oberlippe, der weiche Gaumen, die Choanen, Tonsillen und das Zahnfleisch des linken Oberkiefers ergriffen. Die Erscheinungen waren die gewöhnlichen; flache, harte Infiltrate, Knotenbildung in der Nase, Verschliessung der Nasenhöhle, später Schrumpfungen ohne Ulceration. Die Behandlung bestand in Auskratzung, wodurch es gelang, die Nase ziemlich frei zu machen. Recidive traten immer wieder auf. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose; der Nachweis der Bacillen (Frisch) gelang leicht nach der Methode von Cornil und Alvarez. Der Kehlkopf war nicht ergriffen.

B. Xeroderma pigmentosum (Kaposi).

Nebst Pigmentflecken und zahlreichen weissen atrophischen Stellen an der Haut des ganzen Körpers zeigte der 14jährige Kranke an verschiedenen Stellen Epithelial-Carcinome, besonders stark an der Nase, so dass die Nasenspitze und der knorpelige Antheil durch Zerfall der Neubildung ganz zerstört waren. Die Erkrankung hatte mit dem 6. Jahre begonnen; die Epitheliome bestanden ebenso lang. Die Schleimhäute waren frei. CHIARI.

26) **Weinlechner** (Wien). **Demonstration eines mit gutem Erfolge operirten Falles von Rhinophyma.** Sitzung der K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien. 11. Juni 1886. Anzeiger vom 17. Juni 1886. *Wiener med. Zeitg. No. 24. 1886.*

Es handelte sich um eine halbhühnereigrosse von der kupfrigen, 8 Ctm. langen und $4\frac{1}{2}$ Ctm. breiten Nase herabhängende Geschwulst. Nach Entfernung derselben wurden Längs- und Querkeile aus der Nasenhaut ausgeschnitten, so dass gerade soviel von ihr erhalten blieb, als zur Bedeckung des Gerüstes der Nase nöthig war. Die Nase erscheint jetzt normal gebaut, ihre Haut ist aber noch roth und von ausgedehnten Venen durchsetzt. CHIARI.

27) **Péan. Haematom der Nasenscheidewand; Art seiner Bildung; Symptome; Diagnose; Behandlung. (Hématome de la cloison nasale; mode de production; symptômes; diagnostic; traitement.)** *Revue méd. franç. et étrang. No. 5. 30. Jan. 1886.*

P. stellt ein junges Mädchen vor, das in Folge eines Schlages auf die Nase eine Fractur des Septums erlitten hat und zu den beiden Seiten desselben von den Nasenöffnungen sichtbare Blutbeulen besass. P. vergleicht diese Beulen mit den bei Irren und Boxern etc. vorkommenden Othaematomen.

Die wenig an der Unterlage haftende Nasenschleimhaut löst sich leicht ab und die zahlreichen Blutgefässe, die sie durchfurchen, erklären hinreichend die

Bildung der Haematome in Folge von Traumatismen. Manchmal solle sich aber das Haematom spontan entwickeln.

Das rasche Auftreten eines Tumors nach Einwirkung von Gewalt, seine in der Regel den äusseren Nasenöffnungen naheliegender Sitz, glatte, rothe Oberfläche, die nachweisbare Fluctuation führen zur Diagnose.

Das Haematom bleibt längere Zeit unverändert oder es abscedirt unter Zerstörung eines Theils des Septums. Die Behandlung besteht in der Punction oder in der Spaltung. E. J. MOURE.

28) V. Cozzolino (Neapel). **Der primäre Lupus der Nasenschleimhaut. (Il lupus primitivo della mucosa nasale.)** *Archivii italiano di Laringologia. VI. Fasc. I. 1886.*

C. hat 5 Fälle von primärem Lupus der Nasenschleimhaut beobachtet bei Patienten von 22 bis 55 Jahren. Er citirt eine Menge Autoren und glaubt, dass die Diagnose dieser Erkrankung häufig nicht gestellt werde. Er giebt ihre Symptomatologie und hebt hervor, dass die ersten tieferen Destructionen gewöhnlich das knorpelige Septum betreffen. Die seitlichen Knorpel bleiben meist intact, wogegen die Muscheln gewöhnlich befallen werden. Folgt die klinische, histologische und bacteriologische Differenzialdiagnose des Lupus von anderen Erkrankungen. Die pathologisch-anatomischen Auseinandersetzungen bringen nur bekanntes und überschreiten den Rahmen eines speciell rhinologischen Referats. Zur Behandlung werden empfohlen ausser der Galvanocaustik desinficirende Inhalationen, Nasendouchen, Insufflationen von Jodoform oder Jodol, Scarificationen und Abkratzungen. KURZ.

29) Kirmisson (Hôpital Necker). **Tumor der Nasenhöhle. (Tumeur néoplasique des fosses nasales.)** *Gazette des hôpit. No. 3. 7. Januar 1886.*

Welcher Natur die „tumeur néoplasique" war, wird nicht gesagt. Nur so viel wird erwähnt, dass sie vorn nahe dem Naseneingange am Septum sass und durch Einschneiden des Nasenflügels entfernt werden sollte.

Die unvollständige Beobachtung ist durch einige vage Bemerkungen über Polypen und sonstige Tumoren der Nasenhöhle eingeleitet. E. J. MOURE.

30) Matthew D. Moriarty (India). **Ein Fall von Nasenstein. (A case of rhinolith.)** *British Med. Journ. 10. April 1886.*

M. liefert einen interessanten Bericht über einen Fall von Nasenstein bei einer 24jährigen Mohamedanerin. Der Stein, welcher 8 Grm. wog, wurde mit einer gefensterten Polypenzange entfernt. Er schien aus Phosphaten zu bestehen und zeigte einige concentrische Schichten. A, E. GARROD.

31) L. Katz (Berlin). **Ein Instrument zur Untersuchung der Nasenhöhle.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 9. 1886.*

Das Instrument, welches Verf. abbildet und das bei Kraus, Berlin, Kommandantenstr. 33 zu haben ist, besteht aus zwei stumpfen Angeln, welche durch ein nach vorn gebogenes Verbindungsstück, welches an die Nasenspitze resp. die Nasenscheidewand zu liegen kommt, verbunden ist. Durch zu beiden Seiten des



Nasenrückens verlaufende Drähte sind die Angeln mit einem Bügel verbunden, der in stellbarer Weise an einer elastischen Stirnbinde befestigt ist.

B. FRAENKEL.

32) **Martin F. Coombes. Neue Instrumente zur Exstirpation der Tumoren aus der Nase. (New instruments for the removal of tumors from the nose.)** *Medical Herald, Louisville Ky. April 1886.*

Eine zierliche Scheere und eine Zange. LEFFERTS.

## c. Mundrachenhöhle.

33) **Holl (Innsbruck). Ueber das Epithel in der Mundhöhle von Salamandra maculata. (Mit 1 Tafel.)** *Sitzungsberichte der kaiserlichen Academie der Wissenschaften. Wien. Mathemat.-naturwissensch. Classe. Band XCII. Heft I u. II. 3. Abtheilung. 1885.*

Diese sehr fleissige Arbeit bildet eine Ergänzung zur Kenntniss der Mundhöhlen-Schleimhaut dieses Thieres, welche bis jetzt nur ziemlich mangelhaft war. Ohne auf die vielen interessanten Details einzugehen, will Ref. nur die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung skizziren:

Die Zunge ist (mit Ausnahme des Randes) an ihrer oberen Fläche dicht mit Papillen besät; dieselben sind theils filiformes, theils gustatoriae. Die letzteren tragen auf ihrer Spitze eigenthümliche Epithelformationen, Geschmacksknospen, zu deren Basis doppelt conturirte Nervenfasern verlaufen. Ausserdem kommen Geschmacksknospen vor am Zungenrande, an der Zungenspitze, am Mundhöhlenboden, an der Kieferfläche und am Mundhöhlendache.

Das Epithel der Mundhöhle ist ein Flimmerepithel, gemischt mit Becherzellen; unter den Flimmer- und Becherzellen findet sich die Keimschicht, aus der sich das Epithel zu regeneriren scheint. Die tubulösen Drüsen der Zunge und ihre Crypten sind mit hohen cylindrischen Zellen ausgekleidet. In der Schleimhaut des Mundhöhlenbodens kommen follikelartige Gebilde vor, welche im Schlunde symmetrisch gelagert die Tonsillen repräsentiren. CHIARI.

34) **Fournier (Paris). Ueber die Erscheinungen in der Mundhöhle, die durch das Quecksilber erzeugt werden. (Des accidents buccaux engendrés par le mercure.)** *Le Praticien. 15. März 1886.*

In dem klinischen Vortrage wird hervorgehoben, dass, welche Anwendungsweise immer man bei der Benutzung von Quecksilber einschlage, man stets den Kranken einer Stomatitis mercurialis aussetze, freilich leichter auf die eine als auf die andere Art. So führe die Schmierkur am schnellsten zur Stomatitis mercurialis. Tabakgenuss, Zahnstein, Zahncaries, Hervorbrechen des Weisheitszahnes etc. begünstigen das Auftreten derselben. E. J. MOURE.

35) **R. Campana. Periodische Exfoliation des Zungenepithels bei Frauen. (Esfoliazione periodica della lingua nella donna.)** *Salute. XI—XII 1886.*

Röthung und Schwellung, Exfoliation von feinen Epidermislamellen mit Bildung oberflächlicher Erosionen. Dauer 2—8 Tage. C. hat 10 Fälle beobachtet,

meist bei erethischen Frauen. Diese periodische Erscheinung (in wie fern dieselbe periodisch ist, ob sie bei der Periode auftritt, vergisst C. uns mitzutheilen) kann permanent werden, hauptsächlich bei Frauen mit Uterusleiden. KURZ.

36) **Gueterbock. Neue Beiträge zur Hemiglossitis.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 23. Heft 5 u. 6. 10. Juni 1886.*

Im Anschlusse an seine früheren Mittheilungen, dass Hemiglossitis nach einem meist sehr plötzlichen und stürmischen Anfang nach wenigen Tagen in völlige Genesung übergehe und Eiterung, Gangrän sowie bleibende Verdickung der Zunge wohl nicht zurücklasse, theilt Verf. einen neuen Fall mit, der mit Verdickung der Zunge heilte. Die daran sich knüpfenden geschichtlichen Details möge man im Original lesen. Therapeutisch empfiehlt er bei Hemiglossitis herpetica indifferente Gurgelungen, keine Blutenziehungen oder tiefgehende Incisionen. SCHECH.

37) **Boeckel** (Strassburg). **Neue Methode der Eröffnung tiefer Abscesse der Zungenbasis bei Glossitis phlegmonosa. (Nouveau procédé de débridement des abscès profonds de la base de la langue dans la glossite phlegmoneuse.)** *Mémoires de la Société de Médecine de Strasbourg. 1885.*

Die Eröffnung wurde von der oberen Zungenbeingegend aus vorgenommen. In der Narcose wurde ein 6 Ctm. langer transversaler Einschnitt in der rechten seitlichen oberen Zungenbeingegend gemacht, der die Haut und das Platysma myoides betraf. Nach Durchtrennung des Musculus mylohyoideus und nach Blutstillung (mittelst Forcipressur) zweier kleiner Muskelarterien wurde die Hohlsonde in den rechten Mundwinkel eingeführt, die Abscesshülle eingerissen und so dem Eiter Ausgang verschafft. Heilung nach 14 Tagen. E. J. MOURE.

38) **W. H. Haynes. Fibrom der Zunge. (Fibroid tumor of the tongue.)** *New-York Med. Journ. 19. Juni 1886.*

H. berichtet einen Fall dieser seltenen Krankheit. Als die Neubildung zum ersten Mal gesehen wurde, hatte sie den Umfang einer Bohne; nach vier Wochen war sie grösser als ein Taubenei und störte die Sprach- und Kaubewegungen der Zunge. Es erfolgten auch häufige profuse Blutungen aus der Geschwulst. Der Tumor wurde durch den Stiel incidirt und die Blutung der einzelnen Arterie durch das Ferrum candens gestillt. Diese Tumoren sind fast immer in dem mittleren Theil einer Seitenhälfte des Zungenrückens gelegen; treten solitär auf, sind im Allgemeinen schmerzlos und hauptsächlich aus fibrösem Bindegewebe zusammengesetzt mit einigen wenigen Muskelfasern. Im Allgemeinen erreichen sie keinen grossen Umfang, und Blutungen aus ihnen sind selten. Die Prognose ist rücksichtlich des Recidivs, wie der Heilung günstig. Die Behandlung erheischt die Exstirpation des Tumors, sobald er erst gestielt ist, mittelst Ligatur, Scheere oder Galvanocauter. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **Tillaux** (Paris). **Zungengeschwülste. (Tumeurs de la langue.)** Vortrag, niedergeschrieben von Régnauld. *Gaz. des hôpit. 20. Mai 1886.*

Klinischer Vortrag über obigen Gegenstand bei Gelegenheit eines Falles eines Zungentumors der nach der Exstirpation sich als eine primäre Zungencyste, umgeben von dicken Wänden und etwas Schleim enthaltend erwies.

E. J. MOURE.

40) **Piéchaud** (Clinique Lanelongue, Bordeaux). **Ueber einen Fall von Angiom der Zunge. (Sur un cas d'angiome de la langue.)** *Gaz. hebdom. des Scienc. méd. de Bordeaux 16. Mai 1886.*

Es handelte sich um eine langsam zur Entwickelung gekommene Geschwulst, die die vorderen zwei Drittheile der linken Zungenhälfte eingenommen hatte. Sie war lange stationär geblieben, hatte aber dann rasch die Grösse angenommen, die sie bei Aufnahme der 27jährigen Kranken vorwies. Sie reichte nach rückwärts bis 1 Ctm. vom Zungen V. entfernt. ragte besonders nach vorne vor und nahm die ganze Dicke der Zunge ein. Es bestand Fluctuation, neben einigen resistenten Herden, von denen ein noch vorn gelegener, sich steinhart anfühlte. Ausserdem zeigte sich die Geschwulst reducirbar. Bei Anstrengungen wurde ihre Farbe dunkelroth und sie wurde praller gespannt. Es bestand weder Blasegeräusch noch Pulsation. Die umliegenden Gebilde intact. Allgemeinzustand ein guter. Kein Schmerz, nur 3 Wochen vor der Aufnahme in's Spital während des Essens heftige schwer stillbare Blutung. Es wurde ein venöser erectiler Tumor diagnosticirt und eine Radicaloperation mit Ecraseur vorgeschlagen.

E. J. MOURE.

41) **Trélat** (Paris). **Ueber das Zungenepitheliom. (De l'épithélioma de la langue.)** *Le Practicien. No. 22. 31. Mai 1886.*

Klinische Vorlesung gehalten im Hospital de la Charité bei Gelegenheit eines typischen Falles.

E. J. MOURE.

42) **Boucomont. Ueber die Angina granulosa arthritica. (De l'angine granuleuse arthritique.)** *Archives d'hydrologie. No. 1, 2, 3, 4 etc. 1886.*

Der Autor bestrebt sich darzulegen, dass es ebensogut eine Angina arthritica wie eine Angina herpetica gebe und dass deren Symptome deutlich ausgesprochen seien. Die Untersuchung der Schleimhaut, verbunden mit der der Haut und des Gesammtzustandes erlauben leicht eine Diagnose.

Die Behandlung bestände in der Anwendung von alkalisch-muriatischen und arsenikhaltigen Quellen der Auvergne.

E. J. MOURE.

43) **Köhler. Zur Casuistik der Gaumenschüsse.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 23. Heft 5 u. 6. 1886.*

Sehr ausführliche, den Stoff vollständig erschöpfende, mit zahlreichen Litteraturangaben versehene und durch zwei neue Fälle bereicherte Arbeit, die sich mehr für ein chirurgisches Blatt eignet und von den Interessenten im Original gelesen werden muss.

SCHECH.

44) **Delorme. Wiederherstellung der zwei vorderen Dritttheile des Gaumendaches und der Nase. (Restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez.)** *Acad. de méd. de Paris. 18. Mai in Semaine méd. 19. Mai 1886.*

Die Details des Operationsverfahrens müssen im Originale nachgelesen werden, da es schwer hält, dieselben kurz und verständlich wiederzugeben.

E. J. MOURE.

## d. Diphtheritis und Croup.

45) **Babés. Die Sporen der Diphtheriebacillen. (Les spores des bacilles de la diphtherie.)** *Soc. anatomique de Paris. 29. Januar. Progrès méd. 20. Februar 1886.*

B. zeigt Präparate von Sporen des Bacillus von Klebs und Löffler vor, und giebt die Färbemethoden des Näheren an. E J. MOURE.

46) **J. A. Menzies** (Venedig). **Diphtherie und Taubenzucht. (Diphtheria and pigeon keeping.)** *Lancet. 3. April 1886.*

Bei Gelegenheit der Discussion über diesen Gegenstand lenkt M. die Aufmerksamkeit auf das Factum, dass in einer im Edinburgh Med. Journ. erschienenen Arbeit über eine Diphtheritis-Epidemie in Neapel 1871 und in seiner M.-D. These (Paris) er die Verunreinigung der Brunnen mit den Excrementen von Tauben, Geflügel und Pferden als eine mögliche Ursache für den Ausbruch bezeichnet habe. A. E. Garrod.

47) **N. E. Davies** (Sherborne). **Bemerkungen über Diphtherie. (Notes on diphtheria.)** *Lancet. 10. April 1886.*

Verf. empfiehlt zur Behandlung der Diphtherie grosse, häufig dargereichte Dosen von Ferr. sesquichl., weil er dieses Mittel nicht nur als locales Causticum sondern auch wegen seiner Allgemeinwirkung für werthvoll hält. A. E. Garrod.

48) **Block** (Dänemark). **Ueber Diphtheritis. (Om Diphtheritis.)** *Ugeskrift for Läger. December 1885.*

49) **Büttner** (Dänemark). **Ueber Diphtheritis. (Om Diphtheritis.)** *Ugeskrift for Läger. Juni 1886.*

Nichts Besonderes. SCHMIEGELOW.

50) **J. W. Wright. Eine Diphtheritis-Epidemie in Bridgeport, Connecticut. (Outbreak of diphtheria in Bridgeport, Connecticut.)** *New England Medic. Monthly. Juni 1886.*

Das Studium dieser Epidemie brachte den Autor zu folgenden Schlüssen: 1) Das Wetter ist ohne Einfluss auf die Ausdehnung der Diphtherie. 2) Sie verbreitet sich contagiös sowohl durch Einathmung der Athemluft des Kranken, wie durch den Gebrauch derselben Gegenstände, als Kleidung, Löffel, Gläser etc. 3) Praedisponirend ist der Zustand der Schleimhaut des Halses. In keinem Falle konnte ein Zusammenhang mit schlechter Canalisation und in Zersetzung begriffenem Material nachgewiesen werden. 4) Vorherrschende Krankheiten während der Epidemie waren catarrhalische und ulcerirende Anginen, Laryngitis, Bronchitis und Pneumonie. Scharlach war selten und milde. 5) Die Behandlung bestand hauptsächlich in Kal. chloric., Tinct. ferri und Carbol- und Jodgurgelungen. Die Tracheotomie wurde als letzte Zuflucht angesehen und erwies sich in keinem Falle von Nutzen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) **Bachelor. Diphtherie. (Diphtheria.)** *St. Louis Med. Journ. Juni 1886.*

Nichts von Bedeutung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **S. H. Dessau. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *New-York Med. Record. 19. Juni 1886.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

53) **W. Thornton Parker. Behandlung der Diphtherie. (Concerning the treatment of diphtheria.)** *New-York Med. Journ. 8. Mai 1886.*

Die beiden zweckmässigsten Mittel für die Behandlung sind nach P.: 1) Acid. carbol. in 7—8 pCt. Lösung; 2) Borax in 10—25 pCt. Lösung. Daneben werden Kalkinhalationen, Tonica, gute Ernährung und Stimulantien etc. angewendet. LEFFERTS.

54) **S. W. Gleason. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Kansas City Medical Index. April 1886.*

G. empfiehlt Pillen aus Mercur, Aloë und Gamboge und ein Gargarisma aus Tinct. ferr. chlor. mit Kal. carb. und meint, dass es unmöglich sei, bei Diphtherie Salivation zu erzeugen. LEFFERTS.

55) **F. Tipton (Selma. Ala.). Der frühzeitige Gebrauch von Ferrum bei Diphtherie. (The early use of iron in diphtheria.)** *New-York Med. Record. 9. Jan. 1886.*

Verf. beansprucht Parker gegenüber die Priorität für den Gebrauch des Eisens bei Diphtherie. Seine Behandlung besteht, nach seinen eigenen Worten in Folgendem: „Zunächst Calomel als Purgans, hierauf stündlich Ferrum, — in schweren Fällen Tag und Nacht — mit jedesmaligem Nachtrinken reichlicher, süsser Milch. Wenn die Membran sich nicht auf den Larynx ausbreitet und Patient nicht zu früh aufsteht, so wird er gesund.“ LEFFERTS.

56) **W. K. Harris. Pilocarpinum muriaticum bei Diphtherie. (Muriate of pilocarpine in diphtheria.)** *Kansas City Medical Index. Mai 1886.*

Der Autor preist dieses Mittel und ist nicht der Ansicht, dass es bloss local wirke (Guttmann). In Verbindung damit wandte er Calomel und local Gurgelungen mit Kal. chloric. an. LEFFERTS.

57) **J. M. Bigelow (Albany). Rathschläge zur Behandlung der Diphtherie. (Hints on the treatment of diphtheria.)** Meeting Med. Soc. State of New-York. *Philad. Med News. 6. Februar 1886.*

Verf. empfiehlt Tinct. ferr. chlor. in Dosen von 15 Tropfen in Glycerin und Wasser, Pilocarpin mur., 2stündlich 0,003 und 20 Minuten später 2—3 Theelöffel Whiskey. Der Mund soll mit einer 2proc. Carbollösung gereinigt werden, ein Spray mit Milchsäure wird gleichfalls empfohlen. Mit dieser Behandlung hat B. in seiner Praxis befriedigende Erfolge erzielt. LEFFERTS.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

58) **A. Fasano (Neapel). Neueste Fortschritte und Bedeutung der Laryngologie. (Ultimi progressi della laringojatria ed importanza di quest' ultima.)** *Archivio internaz. di laringologia, rinologia, otologia etc. Fasc. I. 1886.*

Antrittsvorlesung, in welcher F. die folgenden modernen Themata bespricht:

Laryngitis hämorrhagica, Chorea laryngis, Diphtonie, Aphonia spastica, Kehlkopflepra und Kehlkopferysipel. Die einschlägigen bekannten Publicationen werden citirt. Zum Schluss wird die Nothwendigkeit für jeden Arzt, mit dem Gebrauch des Kehlkopfspiegels vertraut zu sein, hervorgehoben. KURZ.

59) Morelli (Pest). **Laryngologische Mittheilungen.** *Orvosi hetilap. No. 19. 1886.*

I. Ein neues Papillotom. Eine gedeckte Guillotine, nach 4 Seiten verstellbar, in 2 Grössen.

II. Blutige Infiltration und Blutung aus dem wahren Stimmbande bei einer Schauspielerin, aufgetreten in Folge eines Schreies vor dem Eintreten der Menstruation. Zwei andere Fälle von Laryngitis hämorrhagica sind kurz erwähnt.

BAUMGARTEN (CHIARI).

60) Irsai (Pest) **Laryngologische Mittheilungen.** *Orvosi hetilap. No. 21, 22, 24, 26. 1886.*

Casuistik aus einem Ambulatorium für Kehlkopfkranke.

Zu erwähnen ein Fall von Argyrie nach Lapispinselungen, bei dem es zu Stenose kam und I. die Tracheotomie machen musste. Ebenso wurde diese Operation gemacht bei Perichondritis nach Typhus. Nachträglich wurde in beiden Fällen dilatirt.

Von Cocain hatte I. fast immer gute Erfolge sowohl bei Anästhesirung als auch bei Dysphagie in Folge von tuberkulösen Kehlkopfgeschwüren. Dem Texte sind einige schöne Schnitte beigegeben. BAUMGARTEN (CHIARI).

61) George **Stoker** (London). **Die Stimme, ein Saiteninstrument. (The voice a stringed instrument.)** *Brit. Med. Journ. 3. April 1886.*

Die Notiz, in welcher S. behauptete, dass die menschliche Stimme am meisten einem Saiteninstrument ähnle, rief in den späteren Nummern des Journals eine heisse Discussion hervor, deren Werth indessen sehr problematischer Natur ist.

Es erschienen folgende Briefe über diesen Gegenstand:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 62) | Geo. **Stoker.** . . . . | *Brit.* | *Med. Journ.* | *1. Mai 1886.* |
| 63) | Lennox **Browne.** . . | „ | „ | *17. April 1886.* |
| 64) | Harwood **Casson.** . | „ | „ | *17. April 1886.* |
| 65) | J. Dundas **Grant.** . | „ | „ | *17. April 1886.* |
| 66) | E. E. **Meeres.** . . . . | „ | „ | *8. Mai 1886.* |
| 67) | Lennox **Browne.** . . | „ | „ | *8. Mai 1886.* |
| 68) | Charles **Lunn.** . . . | „ | „ | *15. Mai 1886.* |
| 69) | Greville **Macdonald.** | „ | „ | *15. Mai 1886.* |

A. E. GARROD.

70) George **Mackern** (Buenos Ayres). **Drei Fälle von ödematöser Laryngitis mit drohender Suffocation. (Three cases of oedematous laryngitis threatening suffocation.)** *Lancet. 8. Mai 1886.*

Alle drei Fälle wurden erfolgreich mit Scarificationen behandelt.

Der erste Fall war syphilitischer Natur. Patient, ein Mann von 40 Jahren, hatte vor einigen Jahren an dieser Krankheit gelitten. Gummata fanden sich nicht. Vor zwei Jahren hatte er anscheinend an paroxysmenweise auftretender Hämaturie gelitten.

Vorher hatte er niemals Halserscheinungen.

Nachdem M. ihn einmal zwei Wochen früher gesehen hatte, begann Pat. über Schlingbeschwerden zu klagen und wurde heiser. Sein Ausdruck war ängstlich, die Respiration erschwert, die Inspiration schnarchend. Die Stimme war zu einem Flüstern herabgesunken.

Der Kehlkopf war leicht zu sehen. Die Epiglottis war geschwollen, aber wenig verändert; die Stimmritze erschien nur als ein Spalt durch Anschwellung der Ligam. aryepiglottica und der Taschenbänder, am stärksten auf der rechten Seite. Die Stimmbänder waren nicht zu sehen. Auf der rechten Hälfte des Ringknorpels, gerade hinter dem Giessbeckenknorpel dieser Seite, sah man eine runde, weissliche Schwellung, welche sich mit der Sonde fest und elastisch anfühlte.

Das geschwollene Gewebe wurde an mehreren Stellen punktirt, aus denen einige Tropfen schwarzen Blutes flossen. Es wurde aussen am Schildknorpel ein Sinapismus applicirt, Benzoe-Inhalationen und Bromkali verordnet. Einige Tage darauf, als Patient sich erholt hatte, wurde der Tumor leicht mit einem Zangenpaar entfernt und erwies sich als Gumma von der Grösse einer Haselnuss.

Patient wurde mit Jodnatrium behandelt und genas zur Zufriedenheit.

Im zweiten Falle trat die Larynxaffection im Verlaufe einer acuten Pharyngitis, wahrscheinlich erysipelatöser Natur, auf. Patient, ein Mann von 46 Jahren, war bereits 9 Tage krank, als er zum ersten Mal gesehen wurde, die Larynxerscheinungen waren jedoch erst zwei Tage alt.

In diesem Falle betraf die Schwellung hauptsächlich die linke Seite, ausserdem bestand eine Schwellung und Infiltration der linken Halsseite. Die Schwellung wurde mit der Mackenzie'schen Lancette punctirt und ungefähr ein Theelöffel voll Blut entleert. Es erfolgte ein Anfall von schwerer krampfhafter Dyspnoe. In wenigen Tagen jedoch gingen die bedrohlichen Erscheinungen zurück und Patient machte eine gute Reconvalescenz. Nach zwei Jahren bestand noch immer eine leichte Schwellung im Cricoarytaenoidgelenk und die Stimmbänder waren in Cadaverstellung fixirt.

Der dritte Fall betraf einen Mann von 36 Jahren, der plötzlich von Dyspnoe befallen wurde und alle Symptome des Glottisödems darbot. Die Epiglottis war sehr stark geschwollen und purpurroth; man konnte nur ein kleines Stück des Orificium laryngis sehen, aber ein Blick zeigte einige Schwellung und Congestion. Die Scarification lieferte auch hier ein gleich gutes Resultat, die Dyspnoe schwand allmälig und die Paroxysmen hörten auf. In diesem Falle war der Urin auch albuminös.

A. E. GARROD.

71) **Spottiswoode Cameron (Leeds). Ulceration des Larynx bei Scharlachfieber. (Ulceration of larynx in scarlat fever.)** *Brit. Med. Journ. 13. März 1886.*

Notiz über ein Präparat von einem Fall von Scharlach, bei dem sich eine tiefe Ulceration im Larynx, und zwar an der Basis des rechten Giessbeckenknorpels vorfand. Es war die Tracheotomie vorgenommen worden.

A. E. GARROD.

72) **F. Massei** (Neapel). **Ueber die locale Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Sulla cura locale della tuberculosi laringea.)** *Archivii ital. di Laringologia. VI. Fasc. I. 1886.*

Vortrag, geschrieben für die französische laryngologische Gesellschaft. M. hält die Milchsäure in der Behandlung der Kehlkopftuberculose für ein den andern Medicamenten keineswegs überlegenes Mittel. Bei der ulcerösen Form empfiehlt er die Application von Jodoformäther (1:3 oder 4), welche er allen andern Mitteln vorzieht. Er lässt eine Zerstäubung von Sublimatäther vorhergehen.

M. glaubt an die Heilbarkeit des tuberculösen Geschwürs, kaum aber an die der Kehlkopftuberculose selbst. Zum Schluss räth er mit den Cantani'schen Inhalationen von Bacterium thermo zu experimentiren (über die wohl das Urtheil bereits gesprochen sein dürfte).

KURZ.

73) **Ch. Schwartz** (Paris). **Ueber Kehlkopfgeschwülste. (Des tumeurs du larynx.)** Paris. J. B. Baillière. 1886.

Der Autor bespricht hauptsächlich die primären Geschwülste des Kehlkopfes und theilt selbe in zwei deutlich von einander geschiedene Categorien. Die der einen Categorie beschränken sich auf die Gewebe, auf Kosten derer sie entstanden sind und ergreifen und zerstören nicht das Gerüst des Larynx. Das sind die gutartigen Geschwülste. Die der zweiten Categorie wuchern auf das Gerüst des Larynx über und exulceriren. Während die ersteren nur Stimm- und Athembeschwerden veranlassen, tödten die letzteren, die bösartigen Geschwülste, ausser durch Asphyxie, auch durch Inanition und Cachexie. Der erste Theil der Arbeit ist den gutartigen Geschwülsten gewidmet und Sch. giebt eine ausführliche historische Skizze derselben aus der vor- und aus der nachlaryngoscopischen Zeit. Er behandelt hierauf deren pathologische Anatomie, Aetiologie, Verlauf, Dauer, Ausgang, Diagnose und Prognose.

Der zweite Theil der Arbeit bespricht die bösartigen Geschwülste. Und auch hier wird zuerst die Geschichte derselben abgehandelt, die viel neueren Datums ist als die der gutartigen Larynxtumoren. Hierauf wird deren Frequenz und Sitz erläutert. Das Sarcom ist am seltensten. Das Epitheliom und Carcinom bilden die beiden anatomischen Abarten des Kehlkopfkrebses. — Die Epiglottis und die unteren Stimmbänder sind am häufigsten ergriffen. Die Lymphdrüsen infiltriren sich erst spät, doch in einem jüngst in der Klinik Fauvel's beobachteten Falle wäre die Lymphdrüsenerkrankung den anderen Symptomen des malignen Tumors vorangegangen.

Nun folgt das Capitel über Aetiologie (Einfluss des Alters, Geschlechtes, der Diathese und Heredität), sowie das über die Symptome, Verlauf, Diagnose etc.

Zum Schlusse spricht Sch. von der Therapie der benignen (endolaryngeales Verfahren) und der malignen Geschwülste (endolaryngeales Verfahren, Laryngotomie und Laryngectomie).

Ohne neue Gesichtspunkte zu bieten, enthält die mit grossem Fleisse zusammengestellte Arbeit Alles, was auf Kehlkopfgeschwülste Bezug hat und verdient deshalb zu Rathe gezogen zu werden.

E. J. MOURE.

74) **David Newman** (Glasgow). **Zwei Vorlesungen über Kehlkopftumoren. (Two lectures on tumours of the larynx.)** *Brit. Med. Journ. 27. März 1886.*

In diesen beiden interessanten Vorlesungen, welche einen Theil eines in dem Royal Infirmary Glasgow abgehaltenen Curses bilden, giebt N. eine sehr klare Uebersicht über die Pathologie, Symptomatologie und Therapie der Larynxtumoren.

Die Lectüre der in lehrbuchmässigem Tone gehaltenen Vorlesungen wird für alle Diejenigen von Nutzen sein, welche sich mit dem Studium der Kehlkopfneubildungen befassen.

A. E. GARROD.

75) **David Newman** (Glasgow). **Bemerkungen über einen Fall von Larynxexstirpation. (Notes on a case of excision of the larynx for malignant disease.)** *Lancet. 24. Juli 1886.*

Ein sehr glücklich verlaufener Fall von Larynxexcision bei einem 37jährigen Mann, bei dem ein ulcerirendes Epitheliom das linke Taschenband ergriffen und das linke Stimmband vollständig zerstört hatte, indem es sich bis zum unteren Rande des Schildknorpels ausbreitete. Aeusserlich war jedoch in der Grösse und Form des Larynx keine Veränderung zu bemerken, ebensowenig waren die Lymphdrüsen geschwollen. Die Aphonie war vollständig und die Schlingbeschwerden wuchsen.

Einige Zeit vor der grösseren Operation wurde die Tracheotomie gemacht.

Nachdem man den Schild-, Ring- und obersten Knorpel der Trachea blossgelegt hatte, wurde dieselbe nach vor- und aufwärts gezogen und unterhalb des ersten Ringes gespalten; hierauf wurde eine grosse Trachealcanüle in die untere Partie eingeführt.

Die Schleimhaut der hinteren Seite der Trachea wurde darauf sorgfältig vom Oesophagus losgelöst.

Das linke obere Horn und die obere Partie des linken Flügels des Schildknorpels wurden hierauf abgetrennt, um die hintere Seite des Larynx desto bequemer vom Pharynx lösen zu können.

Das Ligamentum thyreohyoideum wurde hierauf gespalten. die Epiglottis an ihrer Basis durchschnitten und der Kehlkopf an seinem oberen Theil abgelöst. Ein kleines Stück der Pharynxschleimhaut ging mit den Giesskannenknorpeln verloren. Die Trachea wurde an dem unteren Rand der Wunde festgenäht und eine grosse Tracheotomiecanüle eingelegt.

Die Wunde wurde mit absorbirender Watte bedeckt, Jodoform aufgestreut und durch gefenstertes grünes Silk protective geschlossen.

Patient wurde nur einige Tage mit Milch genährt. Die Heilung verlief gut, und Pat., welcher jetzt im Stande ist, seiner Beschäftigung nachzugehen, kann mittelst eines künstlichen Sprechapparates gut sprechen.

A. E. GARROD.

76) **L. Labbé. Totalexstirpation des Kehlkopfes. (Exstirpation totale du larynx.)** *Acad. de méd. 26. Jan.* und *Semaine méd. 27. Jan. 1886.*

L. bringt ergänzende Mittheilungen über den am 12. März 1885 (s. S. 224 des II. Jahrgangs des Centralbl.) operirten Kranken. Der Zustand desselben war zufriedenstellend. Am 10. August gab man ihm eine Sprechcanüle. Der Schlingact ging gut von statten. Trotz der empfohlenen Vorsichtsmassregeln setzte sich

aber der Kranke Schädlichkeiten aus, erkrankte an einer Pneumonie und starb. Die Operationswunde zeigte sich vollständig vernarbt ohne Spur von Recidive.

E. J. MOURE.

77) E. J. Moure (Bordeaux). **Ueber Cocain. (De la cocaïne.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 31. 28. Februar 1886.*

Es handelte sich um eine verschluckte und im Kehlkopfeingang stecken gebliebene Nadel, die nach Cocainanästhesie entfernt wurde. AUTOREFERAT.

78) Aysaguer (Paris). **Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. Februar 1886.*

A. extrahirte mit der Schroetter'schen Pincette eine beim Essen in den Kehlkopf gerathene Nadel, deren eines Ende in der hinteren unteren Epiglottisfläche und deren anderes Ende zwischen den Giessbeckenknorpeln eingespiesst war. — A. erinnert an die von Elsberg aufgestellten Regeln für die Behandlung der Fremdkörper im Kehlkopfe. E. J. MOURE.

79) T. T. S. Harrison. **Bericht über einen Fall von Fremdkörper im Larynx. (Report of a case of foreign body in larynx.)** *Canadian Practitioner. Vol. XI. No. 14 April 1886.*

Man fand bei der Section die Hälfte eines Pflaumensteins im Larynxventrikel. Intra vitam war keine laryngoscopische Untersuchung vorgenommen worden. Ebenso wenig war tracheotomirt worden, obwohl ein immer wiederkehrender schwerer Larynxkrampf eine dringende Indication hierfür abgab. LEFFERTS.

80) Ljubimski (Petersburg). **Zur Casuistik der Larynxstenosen bei Kindern. (Kasuistike suschenii gortani u detei.)** *Russ Med. No. 18. 1886.*

Einem Knaben gerieth eine Nussschale in den Kehlkopf und gab Veranlassung zu einer Perichondritis mit so starker Stenose, dass der Knabe tracheotomirt werden musste. Etwa 2 Monate nach der Erkrankung wurde beim Canülenwechsel die Nussschale entfernt. Genesung. LUNIN.

81) E. B. Ward (Greensboro. Ala.). **Tracheotomie bei einem 13 monatlichen Kinde behufs Entfernung eines Fremdkörpers. (Tracheotomy in a child 13 months old for the removal of a foreign body.)** *New-York Medic. Record. 2. Januar 1886.*

Der Fremdkörper (ein Stück Nuss) sass in der Trachea und wurde glücklich durch die Tracheotomiewunde entfernt. Am anderen Tage starb der kleine Patient plötzlich in Folge von Nachlässigkeit der Umgebung. Es hatte sich nämlich die Canüle mit Schleim gefüllt, und dadurch war Suffocation eingetreten.

LEFFERTS.

82) W. Marzinowski (Archangels). **Tod in Folge einer Nähnadel im Kehlkopf. (Slutschai smerti ot schweinoi igli w gortani.)** *Protoc obtsch. Archang. wratschei. 1886.*

Mittheilung eines Falles, in dem eine Nähnadel, die quer im Kehlkopfe lag und in den beiden Hälften des Schildknorpels fest sass, zu Geschwüren in Larynx, Abscessbildung am Halse und endlich zum Exitus letalis geführt hatte. Die Nadel hatte der Pat., ein Sträfling, aller Wahrscheinlichkeit selbst von aussen

eingestossen, da derselbe schon mehrfach wegen Simulation und Selbstverletzungen im Hospital gelegen hatte. LUNIN.

83) **C. H. Moll** (Amsterdam, Medische Dissertatie 1885). **Ueber Fremdkörper der Luftwege. (Over vreemde lichamen in de Luchtwegen.)** *Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 8. 1886.*

Der Autor bespricht zuerst die Art und Weise, wie Fremdkörper in die Luftwege gerathen, und dann, wie man sie erkennt, vor allem vermittelst der physicalischen Untersuchung der Brustorgane; in vielen Fällen erweise der Kehlkopfspiegel grosse Dienste. Die Prognose ist meist eine sehr ungünstige, und hängt hauptsächlich vom Sitze und der Natur des Fremdkörpers ab. Eckige Fremdkörper und solche, welche aufquellen, geben eine ungünstige Prognose. Therapeutisch kommt in erster Linie die Tracheotomie in Betracht.

Schliesslich kommt eine Zusammenstellung der seit 1862 in der Literatur niedergelegten Fälle, wovon 7 auf die Niederlande fallen. BAYER.

84) **Rickman Godlee** (London). **Extraction eines Stückes einer Tracheotomie-Canüle, welches zwei Tage lang in dem rechten Bronchus gesessen hatte. (Removal of a portion of a tracheotomy tube which had been lodged in the right bronchus for two days.)** *Lancet. 6. Febr. 1886.*

Ein Kind von 3½ Jahren war tracheotomirt worden und genesen, die Canüle konnte jedoch nicht entfernt werden. Nach einem Jahre fand man, dass das Schild der Canüle dislocirt war, der intratracheale Theil war jedoch nicht aufzufinden. Es wurde daher eine neue Canüle eingeführt und die Athmung, welche sehr behindert war, ging wieder gut von Statten. Nach zwei Tagen zeigten sich aber Symptome von Stenose des rechten Bronchus, und die Temperatur stieg auf ca. 40°. Das Kind wurde daher chloroformirt und das Stück der Canüle mittelst eines Paares von Trachealzangen extrahirt, nachdem verschiedene Versuche mit Zange und gebogenem Draht missglückt waren. Bei einem solchen Versuche war die Bifurcation der Trachea wahrscheinlich gefasst worden. Die Operation hatte weiter keine Folgen; die Tracheotomiewunde brauchte nicht erweitert zu werden. Man hatte so lange gezögert, weil man in Ungewissheit war, ob das Canülenstück in die Trachea geschlüpft, oder sonstwie verloren gegangen war.

A. E. GARROD.

85) **Kilham** (Sheffield). **Verkäsende Bronchialdrüsen, die Trachea eröffnend. (Caseating bronchial glands opening into the trachea.)** *Brit. Med. Journ. 6. Februar 1886.*

Ein 11jähriger Knabe wurde in's Arbeitshaus mit Bronchitis aufgenommen, welcher eine rechtsseitige Pleuritis mit Exsudation folgte. Diese wurde resorbirt, aber einen Monat nach der Aufnahme wurde der Knabe, als er singen wollte, von plötzlicher Dyspnoe befallen und starb in zehn Minuten. Bei der Section fand man eine in Verkäsung begriffene Bronchialdrüse, welche sich in die Trachea, nahe der Bifurcation, durch ein Loch von ca. 1 Ctm. im Durchmesser eröffnet hatte. Dieser Theil der Luftröhre war mit käsigen Massen verstopft.

A. E. GARROD.

## f. Schilddrüse.

86) G. B. Gillespie. **Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Mississippi Valley Med. Monthly. VI. p. 28. 1886.*

Bericht über einen Fall bei einer 68jährigen Frau. LEFFERTS.

87) J. F. Barbour. **Ein Fall von Struma mit Exophthalmos. (A case of exophthalmic goitre.)** *The medical Herald Louisville Ky, Mai 1886.*

Bericht über einen einzelnen Fall, der sich während der Behandlung besserte. LEFFERTS.

88) J. W. Thompson. **Struma mit Exophthalmos, oder Graves' Krankheit. (Exophthalmic goitre or Graves' disease.)** *Journ. Am. Med. Assoc. V. p. 597. 1885.*

Eine allgemeine Besprechung des Gegenstandes. LEFFERTS.

89) Hack (Freiburg.) **Zur operativen Therapie der Basedow'schen Krankheit.** *Dtsch. med. Wochenschr. No. 25. 1886.*

Eine 17jährige Dame, die von Jugend auf an Exophthalmus und Nasenstenose gelitten hatte, bekam Herzklopfen, schnellen Puls (100) und Vergrösserung des linken Schilddrüsenlappens. Die Nasenstenose beruhte auf „Hyperplasie des Schwellgewebes an den mittleren und unteren Muscheln beiderseits“. Beseitigung dieses Leidens beseitigte sofort auch den Exophthalmus und zwar zunächst einseitig, entsprechend der Seite, auf welcher die Nase operativ in Angriff genommen war. Später schwanden auch die Herzerscheinungen. Die Patientin verlor überdies eine vorher vorhandene Schwäche der Sehschärfe. Hack hält in diesem Falle den Basedow für reflectorisch entstanden, und zwar auf vasodilatatorischem Wege „durch dauernde Erregung gewisser peripherer sympathischer Endapparate, welche sich in den Schwellgebilden der Nasenhöhle ausbreiten“. B. FRAENKEL.

## g. Oesophagus.

90) Hardy. **Oesophagusstrictur. (Rétrécissement de l'oesophage.)** *Gazette des hôpit. No. 58. 18. Mai 1886.*

Es handelte sich um einen 51jährigen Mann mit Speiseröhrenverengerung alcoholischen Ursprungs und etwas über der Cardia sitzend.

H. nimmt den Fall zum Ausgangspunkt eines klinischen Vortrages über diese Affection. E. J. MOURE.

91) Rovet. **Ein Fall von Oesophagusstrictur. (Un cas de rétrécissement de l'oesophage.)** *Union méd. 26. Mai 1886.*

Die Strictur war durch ein Carcinom bedingt. R. glaubt durch die eingeleitete Behandlung mit dilatirenden Sonden das Leben des Patienten verlängert zu haben. Blutung sei durch die Behandlung nicht entstanden. Der Catheterismus wurde durch Anwendung von Cocain erleichtert. E. J. MOURE.

92) **Ström** (Christiania). **Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Wirkungsmodus der Elektrolysis und deren Nutzen bei der Behandlung von Stricturen. (Kliniske og experimentelle Undersögelser over Elektrolysens Virkemade og Nytte ved Behandlingen af Strikturer.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. p 407. Juni 1886.*

Eine sehr interessante klinische und experimentelle Arbeit, die den Werth der electrolytischen Behandlung bei Stricturen (insbesondere der Urethra und des Oesophagus) festzustellen versucht. St.'s Versuche sind besonders durch die guten Resultate von Hjort's electrolytischer Behandlung bei einer Oesophagusstrictur (s. Centralbl., II. Jahrg., S. 235) veranlasst. St. kritisirt die Methode ziemlich stark und betont besonders, dass die electrolytische Behandlung bisweilen ein für das Leben des Patienten ziemlich gefährliches Operationsverfahren ist, indem man durch eine zu starke Stromstärke eine Aetzung der Schleimhaut und dadurch einen falschen Weg hervorbringen kann. Jedenfalls darf man nicht die Electrolyse anwenden, ohne zuerst durch eine Leitungssonde sich versichert zu haben, dass die Sonde den richtigen Weg passirt. Dies wird durch folgende Krankengeschichte illustrirt: E. E., 6 Jahr. Strictura oesophagi in der Höhe der Cartilago cricoidea, impermeabel von oben. Gastrostomie Februar 1885. Nach verschiedenen vergeblichen Sondirungsversuchen wurde am 22. Mai eine electrische Sonde von unten eingeführt. Die Anzahl der Elemente wurde successiv von 5—15 vermehrt, die Sitzung dauerte 28 Minuten. Gegen den Schluss wurde über Schmerzen in der linken Seite des Halses geklagt. Im Laufe der nächsten Tage entwickelte sich eine phlegmonöse Infiltration des Zellgewebes des Halses mit Temperaturerhöhung, die sich wieder vollständig verlor. Am 3. November wurde wieder die Electrolyse mit Charrière No. 9 versucht. Nach der Anwendung von 7 Elementen im Laufe von 15 Minuten und ohne dass irgend welcher Druck angewandt wurde, wurde die Sondenspitze unmittelbar unter der Haut zwischen dem vorderen Rande des M. sternocleidomastoideus und der Trachea in der Höhe des oberen Randes der Cart. cricoidea gefühlt. Der Oesophagus war also perforirt worden! Von weiteren Versuchen wird natürlich abgestanden. 22. December. Ohne Anwendung von Electricität passirte die Sonde No. 9 und heute No. 11 die Strictur.

In einem zweiten Fall von Strictura oesophagi (21 Jahre alt, 31 Ctm. von den Zahnreihen, ca. 1 Ctm. lang) konnte Charrière No. 9 passiren, aber eine weitere Dilatation war nicht möglich, bis die electrolytische Sonde von oben 1½ Stunde gegen die Strictur gedrückt wurde. Die Sonde selbst ging nicht durch, aber unmittelbar nach der Electrolyse konnte No. 11 durchgeführt werden und die Dilatation bis No. 29 ging daher leicht vor sich.

Als Resultat seiner klinischen Erfahrungen (St. theilt noch 4 Fälle von Strictura urethrae electrolytisch behandelt mit, aber als ausserhalb des Interesses der Leser des Centralblattes liegend werden sie hier nicht beschrieben) sagt er, dass die Electrolyse gewiss im Stande ist, einen Weg durch die Strictur zu bahnen, aber dass dieses aller Wahrscheinlichkeit nach dadurch geschieht, dass der negative Pol ätzend (jedenfalls bei den von Newman empfohlenen und von St. angewandten Stromstärken) wirkt, und dass diese Aetzung stark genug ist, eine

Destruction der Schleimhaut hervorzubringen. Ist dies aber der Fall, so verliert die Methode auch den wichtigsten ihrer Vortheile, nämlich dann dauernd heilend zu wirken, indem eine Aetzung von der Stärke zweifelsohne eine Narbe. die eine Tendenz zur Retraction besitzt, hinterlässt.

Um diese Anschauung zu unterstützen, wurden Controlversuche an Menschen und Kaninchen vorgenommen. Ein 9jähriger Knabe, der an Oesophagusstrictur nach Laugetrinken litt, starb an Phthisis pulmonum und wurde 1/2 Stunde nach dem Tode obducirt. Die Strictur sass 5 1/2 Ctm. oberhalb der Cardia und war 3 Ctm. lang. Der Oesophagus wurde in toto in Verbindung mit Trachea und den Lungen ausgenommen. Durch die Strictur konnte von unten die electrische Sonde No. 10 eingeführt werden, dagegen nicht No. 13. Nach 2 Minuten langer Anwendung von 6 Milliampères ging die letztere durch, und nachher passirte No. 15 ohne Strom. Wieder nach 2 Minuten langer Anwendung von 6 Milliampères ging No. 20 durch die Strictur. Mit einem schwachen Knistern entwichen kleine Schaumblasen, die Schleimhaut quoll auf und wurde schwach gelblich gefärbt.

Auf der Magenschleimhaut bewirkte eine Stromstärke von 4, 6 und 8 Milliampères in 5 Minuten Perforation, sodass die Muscularis entblösst wurde. Bei Kaninchen wurde gezeigt. dass der Verf. im Stande war, in der Urethra 3 und 4 Wochen nach der Einwirkung von 2—8 Milliampères in Sitzungen von 5—10 Minuten Stricturen hervorzubringen.

Ström nennt daher die electrolytische Methode eine unsichere, nicht ungefährliche und nicht gegen Recidive sichernde, jedenfalls wenn der Strom nicht graduirt ist. Man darf nicht mehr als 4 Milliampères anwenden. Mit diesen Vorsichtsmassregeln und wenn man gleichzeitig eine Leitungssonde, um sich gegen falsche Wege zu sichern, anwendet, sieht der Verf. die Electrolyse in gewissen Fällen als nützlich an. Sie ist besonders anzurathen, wenn die Strictur noch permeabel für eine Leitungssonde ist, weitere Dilatationsversuche aber scheitern.

SCHMIEGELOW.

93) **H. W. Anderson. Strictur des Oesophagus. (Stricture of the oesophagus.)** *Southern Clinic. Jan. 1886.*

Bericht über einen einfachen Fall bei einem Kinde, welches sich durch Verschlucken von Kalilauge eine Strictur zugezogen hatte. Die Heilung wurde durch Dilatation erzielt.

LEFFERTS.

94) **Weinlechner (Wien). Zur Casuistik der Oesophagusstricturen.** *Wiener med. Blätter. No. 10. 1886.*

I. Fast impermeable Oesophagusstrictur in Folge von Vergiftung mit Salpetersäure bei einem 2jährigen Kinde. Heilung.

Um ein Schlundrohr möglichst lange liegen zu lassen, führte man es durch die Nase ein; man konnte es jetzt durch 3 Tage belassen. In dieser Weise erweiterte man die anfangs 2 Mm. Durchmesser haltende Lichtung der Speiseröhre im Verlaufe von 2 Monaten bis auf die Dicke von No. 18 (Charrière).

II. Hochgradige Narbenstrictur in Folge von Laugenessenzvergiftung. Anlegung einer Magenfistel (in 2 Tempi). Tod 4 Tage nach der Gastrotomie an Collaps.

CHIARI.

95) **Geo. Ross. Maligne Strictur des Oesophagus. (Malignant stricture of the oesophagus.)** *Montreal Med. Chir. Soc., Philad. Med. News. 6. März 1886.*

Die Autopsie ergab in diesem interessanten Fall eine feste Narbe; während des Lebens konnte jedoch die stärkste Oesophagussonde leicht, ohne Gewalt den Oesophagus passiren. Sobald man sie aber herauszog, entwich aus dem Mund des Patienten äusserst übelriechende Luft, während das Instrument selbst mit stinkendem Eiter beschmiert war. Die Untersuchung der Brust ergab eine Caverne in der linken Lungenspitze. Es zeigte sich, dass die obere Lungenpartie dem erkrankten Theil des Oesophagus adhärent war; es konnte jedoch keine Communication zwischen dem Pharynx und der Lungencaverne nachgewiesen werden. Nichtsdestoweniger muss eine solche früher bestanden haben und später durch adhäsive Entzündung geschlossen worden sein. Denn ohne diese Annahme lassen die in der Geschichte dieses Falles gegebenen Facta sich nicht erklären.

LEFFERTS.

---

# IV. Kritiken und Besprechungen.

a) **Charles E. Sajous. Vorlesungen über Hals- und Nasenkrankheiten, gehalten in der Frühjahrssession des Jefferson medical college. (Lectures on the diseases of the throat and nose, delivered during the spring session of Jefferson medical college.)** *Philad. 439 pp. Octav. 1885.*

Der Autor veröffentlicht seine vor Studenten gehaltenen Vorlesungen als Handbuch zum Wegweiser für den practischen Arzt. Er theilt darin seine persönlichen Ansichten über die Natur und Behandlungsmethode der gewöhnlicheren Nasen- und Halsaffectionen mit und liefert ein hübsches, vollständiges Handbuch über diese Materie. Wie wohl Jeder nach den neuen Untersuchungen des Autors erwartet. erfahren die Nasenkrankheiten eine eingehendere Behandlung als die Halskrankheiten. Es war indess, wie der Autor in seinem Vorwort bemerkt, seine Absicht, nicht sowohl diese Gegenstände erschöpfend zu behandeln, als vielmehr ein brauchbares Handbuch für den practischen Arzt zu liefern. Alle streitigen Fragen stehen ausserhalb der Discussion, ausgenommen das Heufieber. Verf. macht uns mit vielen practischen Verbesserungen, die er an Instrumenten und Apparaten angebracht hat, bekannt. Sajous findet, dass man zur Beleuchtung das Gaslicht heller, weisser und beständiger macht, wenn man es in der Form des Albocarbonlichts verwendet. Aber er blickt auch weiter in die Zukunft nach einem electrischen Licht, das für seine Zwecke verwerthbar wäre.

In dem Kapitel über die Heilmittel der Nasenhöhlen werden die Mittel nach ihrer Wirkung auf die Schleimhaut als Adstringentia, Stimulantia, Alterantia, Sedativa, Protectiva und Escharotica classificirt. Der Autor meint, dass

nach seiner Ansicht die als Adstringentien allgemein empfohlenen Lösungen viel zu stark seien, und theilt mit, dass er bessere Resultate erhalten habe, seitdem er sie verdünnt angewendet habe. Ebenso hält er dafür, dass man auch die secundären Eigenschaften der verordneten Mittel berücksichtigen müsse, um sie als Sedativa, Stimulantia oder Antiseptica zu verwenden. Einige der Adstringentien, deren secundäre Wirkungen als nützlich befunden wurden, sind Arg. nitr. 0,3:30,0 leicht stimulirend, in stärkeren Lösungen (2—6:30) sedativ: indicirt bei Ulceration, contraindicirt bei Hypertrophie. Plumb. acet. 0.3:30.0 sedativ bei acuten und subacuten chronisch catarrhalischen Zuständen indicirt. Zinc. sulf. 0,3:30.0 leicht stimulirend. indicirt bei Relaxationszuständen der Schleimhaut in Folge vonfortgesetzten Reizen durch Einathmung von Rauch, Staub etc. Zinc. chlorat 0.18:30,0 stimulirend und antiseptisch.

Als Stimulans gebraucht er Acid. carb. 0,18:30,0 glycer., Jod pur. 12:30,0, Cocain. mur. 0,12:30,0 und viele andere Mittel. Die gewöhnlicheren Affectionen der Nasenhöhlen werden eingehend besprochen und die Details der Behandlung werden so genau angegeben, dass das Buch auf diesem Gebiete als Wegweiser sehr gut dienen kann.

Wie natürlich, wird ein sehr grosser Raum der periodischen, hyperästhetischen Rhinitis (Heufieber) gewidmet mit den wohlbekannten Ansichten des Autors über die Pathologie und Therapie derselben. Dem Larynx sind nur 110 Seiten eingeräumt, und es werden auch nur die bekanntesten Affectionen desselben besprochen. Dieser Theil des Buches könnte in einer neuen Auflage ausführlicher behandelt werden.

Das Buch ist verschwenderisch ausgestattet: Es enthält 100 Chromolithographien in Oeldruck und 93 Holzschnitte; die anatomischen und pathologischen Darstellungen der Gegenden sind hinsichtlich der Zeichnungen ausgezeichnet, aber die Farben sind, wie gewöhnlich bei solchen Abbildungen. unzureichend. Das Buch ist für den Studenten und den Arzt gewiss ein guter Führer, aber auch der Specialist wird für die Therapie manch' guten Wink von demselben erhalten.

KNIGHT (Boston).

b) **C. Schumacher** (Aachen). **Ueber localisirte Hydrargyrose und ihre laryngoscopische Diagnose.** (Nach Aachener Erfahrungen.) Verhandlungen des 5. Congresses für innere Medicin. 1886.

Schon seit Jahren hat mich das Verhältniss zwischen medicamentöser chronischer Hydrargyrose und Frühsyphilis, d. h. der sogenannten secundären Syphilis lebhaft beschäftigt, weil beide oft und in verwirrender Weise bei demselben Individuum in einander greifen.

Besonders auf einem Gebiete, das in überwiegender Häufigkeit dem Einflusse der Frühsyphilis und des Quecksilbers unterliegt, habe ich mich manchmal zweifelnd gefragt, ob die vorliegenden Symptome dem Medicamente oder der constitutionellen Erkrankung zuzuschreiben seien. Ich spreche von dem grossen Bezirk der Mundschleimhaut, soweit derselbe von den Lippen, den Wangen, der Zunge und dem Zahnfleische bis zum weichen Gaumen und Pharynx sich erstreckt.

Auf diesen Schleimhautpartien entstehen bei völligem Freisein von dem, was

die Lehrbücher Stomatitis mercurialis nennen, besonders auf der Zunge, auf dem weichen Gaumen und an den Mandeln Erosionen oder Beläge, an Plaques muqueuses mahnende Veränderungen oder Geschwüre, die durchaus den acuten oder chronischen Reizsymptomen der Frühsyphilis gleichen.

Diese abortiven Formen der Quecksilberwirkung möchte ich ihres nur auf begrenztem Umkreise sich markirenden Auftretens wegen localisirte Hydrargyrose benennen.

Für diese localisirte Hydrargyrose müssen zwei Typen unterschieden werden. In der ersten, der acuten Form, ist sie am ehesten auf ihren Ursprung verdachterweckend und verheilt bei Aussetzen des Quecksilbers und passender Behandlung innerhalb 1—3 Wochen. In der wichtigeren chronischen Form dagegen zieht sie sich nicht durch Wochen, sondern häufig durch Monate hin, wechselt den Ort ihres Erscheinens, indem sie hier verheilt, dort unter neuen, immer an analoge Gestaltungen der Frühsyphilis erinnernden Bildern uns entgegentritt, belästigt den Patienten manchmal gar nicht durch subjective Beschwerden, bringt ihm aber ebenso oft durch die mit ihr einhergehenden Schmerzen grosses Unbehagen.

Hierbei ist festzuhalten, dass während jene unzweifelhaft existirenden Formen chronischer localisirter Hydrargyrose langsam sich abwickeln, frische Ausbrüche von constitutioneller Syphilis auf demselben Schleimhauttractus sich bemerkbar machen können und in der That vor Ablauf der mercuriellen Folgen uns überraschen mögen.

Die jetzt allgemein üblichen Massregeln zur Verhütung der Stomatitis mercuralis, die Beihülfe von Bädern und Thermen u. s. w. werden vor dem Erscheinen der localisirten chronischen Hydrargyrose nicht immer schützen können, weil auch unter bestüberwachter mercurieller Cur, ein bisweiliges Aufspeichern von Mercur, ein langsames und langdauerndes Ausscheiden desselben, zum Theil durch die Secrete der oberen Verdauungswege, nicht immer vermieden werden kann. Ich beobachte sie, seitdem meine Aufmerksamkeit auf dieselbe gerichtet ist, jedes Jahr in mehreren Fällen.

Ich glaube nun in der Spiegeluntersuchung des unteren Pharynxabschnittes, der als Cavum pharyngo-laryngeum vom Isthmus faucium abwärts bis zum Uebergang in den Oesophagus, resp. in den Larynx reicht, das entscheidende Mittel gefunden zu haben. Denn nur in diesem Raume entwickeln sich die für die chronische localisirte Hydrargyrose durchaus characteristischen Erscheinungen in nicht mehr mit Lues zu verwechselnder Schärfe. Zwar begleiten sie nicht nothwendig jeden Fall von verdächtiger Stomatitis, und wir dürfen daher nicht aus dem Fehlen der localisirten Pharynxhydrargyrose den Schluss ziehen, dass Quecksilberüberladung auszuschliessen sei. Aber wo die Pharynxhydrargyrose vorhanden ist, da ist die Unterscheidung von Frühsyphilis des Mundes deutlich gegeben, oder jedenfalls bei dennoch unzweifelhaften Resten von Lues an dieser oder anderen Körperstellen das Mitvorhandensein von zu starker Quecksilberwirkung bewiesen.

Die Pharynxhydrargyrose beginnt dicht unterhalb der Papillae circumvallatae auf und zwischen den Schleimhautknötchen, die durch die Schleimdrüsen und die grossen Balgdrüsen der Zungenwurzel gebildet werden. Von hier kann sie hinter dem Kehldeckel herabsteigen bis zu den Fossae glosso-epiglotticae und zeigt sich

auf der straffer gespannten, glatten Schleimhaut der seitlichen Ausbuchtungen um den Larynxeingang. Lieblingsstellen für ihr Auftreten sind in dieser Region die Höhen der Schleimhautfalten, welche von der Epiglottis zum Pharynx seitwärts ziehen. — Dagegen markirt sie sich selten auf der hinteren Pharynxwand.

Die im Pharynx sich einnistende Hydrargyrose erzeugt als ersten Ausdruck ihrer Entwicklung eine Trübung, eine Verminderung des natürlichen Glanzes der Schleimhaut, die am Eingange des Pharynx am besten zu beobachten ist. Zugleich wandelt sich die hochrothe Färbung in Leichtblau um. Nach einigen Tagen treten eine oder mehrere, alsdann getrennt und herdweise gruppirte, schneeweisse Auflagerungen auf von $^1/_2$ bis 1 Ctm. Umfang, die auf der leichtblauen oder circumscript entzündlich gerötheten Umgebung aufsitzen. Nach weiterer Frist von mehreren Tagen trübt sich auch diese weisse Farbe und wandelt sich in graugelbes Colorit um. Gewöhnlich vergehen alsdann bei Aussetzen der Schmiercur 1—3 Wochen, bis unter allmählicher Verkleinerung der Beläge die Abstossung derselben vollendet ist und normale Schleimhaut, immer ohne consecutive Narbenbildung hergestellt ist.

Für die Vorderwand dieses Pharynxabschnittes ist im Auge zu halten, dass bei einzelnen Individuen der grauweisse normale Belag der vorderen Zungenhälfte auch über das Foramen coecum, also über die Papillae circumvallatae hinausgeht und in nach unten sich zuspitzendem Dreieck bis vor die Fossae glosso-epiglotticae sich hinab erstreckt. Es wird aber dem geübten Untersucher nicht schwer werden, diesen normalen cohaerenten Belag von dem durch Hydrargyrose erzeugten, immer nur herdweise erscheinenden zu trennen.

Ist die Entwicklung dieser, an die analogen kleinen mercuriellen Beläge auf der Mundschleimhaut erinnernden Pharynxveränderung eine bedeutende, so schwillt die auswärts von der Cartilago thyreoidea befindliche Lymphdrüse auf einer oder auf beiden Seiten deutlich fühlbar an.

Diese localisirte Pharynxhydrargyrose geht in der Mehrzahl der Fälle der Ausbildung der mercuriellen Stomatitis voraus und wurde ich nur durch die Spiegeluntersuchung zuerst auf sie aufmerksam. Denn sie belästigt den Patienten viel weniger als die gleiche Affection des Mundes.

Wo aber die Pharynxhydrargyrose sich auch subjectiv bemerkbar macht, veranlasst sie den Patienten zu Klagen über tiefgelegenen Halzschmerz, der manchmal beim Schlucken stört, ebenso häufig aber zum Ohre ausstrahlt und fälschlich daher auf das obere Rachengebiet bezogen werden kann.

Für das frühzeitige Auftreten der localisirten Pharynxhydrargyrose ist jedenfalls die anatomische Lage des Organes verantwortlich zu machen. Denn diese macht die Arrosionsnecrose des Pharynx durch den naturgemäss nach unten abfliessenden krankhaft veränderten Speichel und durch das Product der zahlreichen drüsigen Sectionsorgane des Pharynx selber fast unvermeidlich. Und weil von diesen Secreten die vordere Pharynxwand, nicht minder die hervorragenden Schleimhautfalten seitlich vom Kehldeckel am ehesten und intensivsten berührt werden, zeigen sich auf ihnen auch die mercuriellen Erscheinungen am deutlichsten, während die jenem Contakte weniger ausgesetzte hintere Pharynxwand fast durchgehend von der Quecksilberwirkung und ihrem Effecte freibleibt.

25]) brachte eine Magnesium-Lampe zur An-
mir zu meiner grossen Zufriedenheit eine für
hat. Dr. Fritsche (Berlin [No. 183]) zeigte
II. p. 100). Während an dieser ein Schmet-
n Reiniger, Gebbert und Schall eine
Ausserdem waren verschiedene Petroleum-
ner und zweckmässige Einrichtungen für
ker (Berlin [No. 179]), Emil Sydow
Dr. A. Hartmann (Berlin [No. 186]).
ler Deutsch. Med. Woch. beschriebenen
at aus, an welchem eine innen polirte
ht-Intensität vermehren soll. Schliess-
A. Hartmann (Berlin) verbesserte
Ersteren zeichnet sich durch Leich-
gung mittelst Kugelgelenken aus.
eräthe betrifft, so waren die von
gel durch die Art ihrer Fabrication
inimalem Dickendurchmesser, sind
ittelst Cement gegen das Verderben
r, geschützt und an einem immer
ner (Wien) zeigte das Störk'sche
ilh. Deike (Dresden [No. 181])
es dieser in der Sectionssitzung
(Rostock) stellte ein Rhinoscop
sehr viele Specula für die vordere
0]) stellte ein Gypsmodell nach
ches naturgetreu, practisch und

ente für die verschiedenen
einzeln aufzuführen. Den ade-
durch Ringmesser, Guillotinen
Zahlreiche Fabrikanten stellten
besonders diejenige von Dr. Kil-
präsentirt, und bei der die Ein-
vermittelst Trittbrett durch den
en) hatte die Schrötter'schen
Reim (Berlin [No. 194]) stellte
Dr. Böcker (Berlin) und Dr.
ogisch-rhinologische Armamen-
n solches aus den 70er Jahren
In der durch Eleganz und
ischer Instrumente, welche
onders solche zur Entfernung

gen pathologischer Zustände

## Besichtigung der Ausstellung.

Mit der Naturforscher-Versammlung war eine Ausstellung wissenschaftlicher Apparate und Instrumente verbunden, welche die in den letzten Jahren gemachten Fortschritte und Erfindungen veranschaulichen sollte. Dieselbe war zu einer der interessantesten Ausstellungen herangewachsen. Die Section für Laryngologie besichtigte die laryngologisch-rhinologische Gruppe der Ausstellung unter Führung des Referenten, des Vorstandes derselben, am Montag den 20. September. Ich gebe im Folgenden Notizen über das, was besonders die Aufmerksamkeit auf sich zog.

Zunächst möchte ich die ausgestellten Beleuchtungs-Vorrichtungen erwähnen. Die vermehrte Verwendung des electrischen Lichtes machte sich auch auf dem laryngologischen Gebiet bemerkbar. Dr. Felix Semon (London) (No. 198 des Catalogs) hatte seinen Universalhandgriff und Taschen-Accumulatoren (Centralblatt I., S. 341) ausgestellt. Letztere bewährten sich vortrefflich. Noch am Schlusse der Ausstellung waren sie hinreichend geladen, um ein Mignon-Lämpchen weissglühend zu machen. Der Semon'sche Handgriff kann als Muster der übrigen dienen. Es ist an ihm ein Rheostat angebracht, um das Dnrchglühen des dünnen Kohlenfadens des Lämpchens zu verhüten. Das Lämpchen selbst kann zur directen Beleuchtung z. B. des Pharynx oder der Nase von vorn, oder zur Beleuchtung eines Spiegels benutzt werden, der wiederum das Licht reflectirt, und z. B. den Kehlkopf oder den Nasenrachenraum erhellt. Aehnliche, durch Accumulatoren getriebene Electro-Laryngoscope brachte C. Nyrop's Etablissement in Kopenhagen (No. 192 d. Cat.) zur Ausstellung. Statt der Accumulatoren verwenden Henry Nehmer in Berlin (No. 191) und Mayer und Meltzer in London besonders construirte Batterien. Beide Batterien sind patentirt. Diejenige von Mayer und Meltzer ist nicht viel grösser, als ein Taschen-Accumulator und giebt drei Stunden hintereinander ein weisses Glühlicht. Diejenige von Nehmer wird mit Salmiak gefüllt und ist ebenfalls recht constant. Grössere Glühlampen zu Beleuchtungszwecken, theilweise an einer Stirnbinde angebracht, waren von verschiedenen Firmen ausgestellt; so von Reiniger, Gebbert und Schall (No. 202), R. Blänsdorf in Frankfurt a. M. (No. 229), Keiser und Schmidt (No. 5) u. A. Keiser und Schmidt (Berlin) benutzen eine Dynamomaschine für Handbetrieb. Viel besehen und bewundert wurde das Universal-Instrumentarium von Blänsdorf. Eine in einem kleinen Schranke befindliche constante Batterie nach Dr. Stein kann vermittelst eines Handgriffes durch wenige Drehungen so umgeschaltet werden, dass sie für electrische Beleuchtung, Galvanocaustik, Galvanisation und Faradisation dienen kann, auch electrisches Licht und den Galvanocauter gleichzeitig erglühen lässt.

Abgesehen von der Electricität, kamen folgende Lichtquellen in ihrer Anwendung für die Laryngoscopie zur Ausstellung: Paul Dörffel (Berlin [No. 180]) hatte an meinem Beleuchtungs-Apparat nach meiner Angabe das Auer'sche Gasglühlicht angebracht. Dasselbe ist nicht so intensiv, wie ein Argand-Brenner, giebt aber ein sehr weisses Licht und erzeugt sehr wenig

Wärme. O. Ney (Berlin [No. 25]) brachte eine Magnesium-Lampe zur Anschauung, wie dieser Fabrikant mir zu meiner grossen Zufriedenheit eine für laryngoscopische Zwecke hergestellt hat. Dr. Fritsche (Berlin [No. 183]) zeigte seine Albocarbon-Lampe (Centralbl. II. p. 100). Während an dieser ein Schmetterlings-Brenner vorhanden ist, hatten Reiniger, Gebbert und Schall eine solche mit Rundbrenner ausgestellt. Ausserdem waren verschiedene Petroleum-Lampen vorhanden, die besondere Brenner und zweckmässige Einrichtungen für unseren Zweck trugen; so von Dr Böcker (Berlin [No. 179]), Emil Sydow nach Dr. Krause (Berlin [No. 199]) und Dr. A. Hartmann (Berlin [No. 186]). R. Kern (Berlin) stellte den kürzlich in der Deutsch. Med. Woch. beschriebenen Schadewaldt'schen Beleuchtungs-Apparat aus, an welchem eine innen polirte Hohlkugel die Flamme umgiebt und die Licht-Intensität vermehren soll. Schliesslich stellten P. Dörffel (Berlin) und Dr. A. Hartmann (Berlin) verbesserte Spiegel mit Stirnbinden aus. Derjenige des Ersteren zeichnet sich durch Leichtigkeit, der des Letzteren durch seine Befestigung mittelst Kugelgelenken aus.

Was die sonstigen Untersuchungs-Geräthe betrifft, so waren die von Dörffel (Berlin) ausgestellten Kehlkopfspiegel durch die Art ihrer Fabrication neu und in jeder Weise mustergiltig. Von minimalem Dickendurchmesser, sind sie durch eine neue Art der Befestigung vermittelst Cement gegen das Verderben durch Wärme und Nässe viel mehr, als bisher, geschützt und an einem immer noch biegsamen Stahlstiel angebracht. H. Reiner (Wien) zeigte das Störk'sche Instrumentarium für die Oesophagoscopie; Wilh. Deike (Dresden [No. 181]) das Rhinoscop von Dr. Schlesinger, welches dieser in der Sectionssitzung des Genaueren demonstrirte. H. Radloff (Rostock) stellte ein Rhinoscop nach Dr. Reichert aus. Ausserdem lagen sehr viele Specula für die vordere Rhinoscopie aus. C. Menzel (Berlin [No. 190]) stellte ein Gypsmodell nach Schadewaldt für die Rhinoscopie aus, welches naturgetreu, practisch und preiswerth ist.

Ich unterlasse es, die zahlreichen Instrumente für die verschiedenen Operationen in Nase, Schlund und Kehlkopf einzeln aufzuführen. Den adenoiden Vegetationen z. B. drohte Vernichtung durch Ringmesser, Guillotinen (nach Reichert), Schlingen, scharfe Löffel etc. Zahlreiche Fabrikanten stellten galvanocaustische Batterien aus. Originell war besonders diejenige von Dr. Killian (No. 233), die sich in Form eines Tisches präsentirt, und bei der die Einsenkung der Batterie in die Chromsäure-Lösung vermittelst Trittbrett durch den Fuss des Operateurs bewirkt wird. Reiner (Wien) hatte die Schrötter'schen Handgriffe für Galvanocaustik eingesandt. H. Reim (Berlin [No. 194]) stellte u. A. die Instrumente von Dr. H. Krause aus. Dr. Böcker (Berlin) und Dr. A. Hartmann brachten fast vollständige laryngologisch-rhinologische Armamentarien zur Anschauung, während Prof. Lewin ein solches aus den 70er Jahren zum Vergleich mit den jetzigen ausgestellt hatte. In der durch Eleganz und Solidität ausgezeichneten Collection laryngoscopischer Instrumente, welche H. Windler (Berlin) ausstellte, machten sich besonders solche zur Entfernung der Muscheln nach Woakes bemerklich.

Sehr bemerkenswerth waren die Nachbildungen pathologischer Zustände

des Kehlkopfs, die die künstlerisch gebildete Hand von Professor Tobold (Berlin [No. 201]) der Natur in Wachs nachgebildet hat. Bequemer als an diesen Wachsmodellen, lassen sich Papillome, Fibroide, Entzündungen etc. des Kehlkopfs nicht zur Anschauung bringen. In einem gemeinsamen Glaskasten lagen friedlich vereint eine grosse Reihe der verschiedenartigsten Fremdkörper, die an der Schrötter'schen Klinik in Wien extrahirt worden sind. Neben jedem derselben stand ausführlich berichtet, wie er in die oberen Luftwege gelangt und aus denselben entfernt worden war. B. FRAENKEL (Berlin).

(Fortsetzung folgt.)

# V. Briefkasten.

## Zur Gründung einer deutschen laryngologischen Gesellschaft.

Wie unsere Leser aus dem Bericht über die laryngologische Sektion der 59. deutschen Naturforscher-Versammlung ersehen werden, fand die beabsichtigte Gründung einer deutschen laryngologischen Gesellschaft unter den in Berlin versammelten Laryngologen so wenig Anklang, dass Prof. Schnitzler selbst seinen Antrag in der letzten Sitzung zurückzog, ehe noch die Discussion über denselben eröffnet worden war. Wir constatiren gleichzeitig, dass auf unsere Aufforderung an die Freunde und Gegner des Projekts, in No. 7 dieses Jahrgangs, sich über dasselbe zu äussern, nicht eine einzige Antwort eingegangen ist.

## „Cockle-burr“.

Herr Dr. M. Thorner in Cincinnati hat die Güte gehabt, uns mitzutheilen, dass die Uebersetzung des Wortes „cockle-burr“ als „Nussschale“ (vgl. Vol. I., Ss. 147, 270, 363) unrichtig ist. „Cockle-burr“ bedeutet vielmehr „Klette“, was wir mit bestem Danke an den Herren Collegen hiermit im Interesse der Genauigkeit zur allgemeinen Kenntniss bringen. Auf einige andere Bemerkungen Dr. Thorner's denken wir bei geeigneter Gelegenheit zurückzukommen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang III. Berlin, Januar. 1887. No. 7.


## I. Die Stellung der Laryngologie in der Schweiz.

Nachdem der Verf. des folgenden Artikels die Berichte einiger seiner Herren Collegen über die Stellung der Laryngologie in verschiedenen Staaten durchgelesen hatte, konnte er, abgesehen von dem begünstigteren Nordamerika einfach ausrufen: „Tout comme chez nous!" Im Ganzen steht es mit der Schweiz bezüglich der Laryngologie und der ihr verwandten Fächer ähnlich wie mit Deutschland, nicht besser und auch nicht viel schlimmer. Sowie in der Schweiz die gesammte medicinische Erziehung schon seit Langem durch die Universitäten und in den letzten zwei Decennien durch die centralisirten eidgenössischen Staatsexamina derjenigen in Deutschland conform geworden ist, so haben sich in der Schweiz auch für die neueren Disciplinen und Specialfächer dieselben Lern-, Lehr- und Heilungsbedürfnisse eingestellt. Macht doch auch das Publicum unsere medicinische Erziehung mit, nicht nur so, dass es unsere Verordnungen mit mehr Verständniss und daher genauer befolgt, sondern auch indem durch uns sein Krankheitsbewusstsein verfeinert wird. Und dieses Bewusstsein gehört wahrlich auch zur Stellung der Laryngologie und sollte mit ihr besprochen werden. Es ist aber im Ganzen schwer zu überblicken. Vielleicht wird man es einst an der Grösse der Polypen abwägen oder an der Dicke der seitlichen Rachenfalten bemessen!

Würde man den Zustand der Laryngologie und der Rhinologie in der Schweiz danach beurtheilen, wie viele Specialcollegen sich hier nur ganz allein mit diesen beiden Fächern beschäftigen, so würde das Urtheil für die Schweiz ein sehr herbes und ein ungerechtes werden. Alle Laryngologen und Rhinologen hier zu Lande haben sich folgender Fachcombinationen bemächtigt: a) Hals- und Brustkrankheiten, b) Laryngo-Rhino-Otologie, c) Rhino-Otologie, d) alle vier Fächer zusammen oder endlich und zwar in ländlichen Ortschaften, die gesammte Medicin mit besonderer Betonung eines oder mehrerer der genannten Specialfächer. Dass es in der Schweiz, soweit dem Ref. bekannt, keinen Arzt giebt, der nur Laryngologie treibt, hat wohl seinen Grund darin, dass unsere Städte zu klein sind, als dass ein Arzt sein Dasein von Anfang an einzig und allein auf einen Pinsel und

ein Voltolini'sches Schwämmchen zu gründen wagte. Ein jeder Laryngologe nimmt daher noch andere Sachen in den struggle for life mit, welche er dann, da sie ihm nun auch lieb geworden sind, nicht leicht bei Seite legt.

Nach dem Gesagten kann sich der Ref. mit den einzelnen Angaben kurz fassen. Es ist natürlich, dass vor Allem die vier Universitätsstädte der Schweiz Vertreter der Laryngologie aufzuweisen haben. Was zunächst die Lehrkräfte für unsere Fächer anbetrifft, so ist in Basel ein Privat-Docent; in Zürich seit vielen Jahren ein Docent und neuerdings ein ordentlicher Professor der medicinischen Klinik, welcher einen Kehlkopfspiegelkurs giebt; in Bern ein ausserordentlicher Professor und ein Docent, beide mit Poliklinik. An der vierten Universität hingegen, in Genf, ist kein Lehrer für Kehlkopfheilkunde thätig. Es muss an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass, soviel Ref. weiss, die Herren Universitätskliniker die angeführten Lehrbestrebungen in zuvorkommendster Weise zu unterstützen pflegen. Die obgenannten Städte haben je 2—4 Aerzte aufzuweisen, welche sich in den angeführten Fachcombinationen bewegen, die einen mehr die Laryngologie die andern mehr die Otologie ausübend. Ausserdem hat die Schweiz Vertreter der Laryngologie im angegebenen Sinne an verschiedenen grösseren und kleineren Orten und auch in einigen Mineralbädern und Kurorten. So sind in Lausanne zwei, in Luzern, in Solothurn, in Iverdon, in St. Gallen, in Langenthal je einer. Ferner ist zu sagen, dass in mehreren städtischen allgemeinen Polikliniken, z. B. in Bern und Basel auch tüchtig laryngoskopirt wird. Was die literarische Productivität für Laryngologie etc. in der Schweiz anbelangt, so leidet dieselbe eben wesentlich unter dem Mangel an ganz reinen Laryngologen. Immerhin erscheinen von Zeit zu Zeit von Schweizern verfasste einschlägige Artikel in schweizerischen und ausländischen medicinischen Zeitungen und es werden auch jährlich manche Dissertationen über Fragen von laryngologischem Interesse abgefasst. Grössere laryngologische Arbeiten sind ausser einer statistischen Arbeit über Diphtheritis in der Schweiz bis jetzt wohl nicht verfasst worden. Die Bestrebungen endlich der allgemeinen Aerzte auf unserm Gebiete scheinen bei der jüngern Generation entschieden zu erwachen. Ref. kennt schon viele Aerzte, welche darin tüchtig bewandert sind, indessen ist es unmöglich, hier irgend einen Ueberblick zu gewinnen.

Zieht man schliesslich aus dem Gesagten das Facit, so sieht man, dass jedenfalls auch in der Schweiz die laryngologische Sache einigermassen Boden gefasst hat und dass es hier nur eine Frage der Zeit ist, dieselbe den andern klinischen Fächern ganz oder nahezu gleichgestellt zu sehn. Laryngo-rhinologische Universitätsspitalkliniken und eine kleine, wenigstens practische Prüfung bei dem Schlussexamen sind auch in der Schweiz das „Sesam thu dich auf" der Laryngologie.

---

# II. Referate.

## a. Aeusserer Hals.

1) **E. Guenu. Ueber die Kiemenbögen beim Menschen. (Des arcs branchiaux chez l'homme.)** *Thèse du Concours d' Agrégation. (Section d'anatomie et de physiologie.) 1886.* **Paris. A. Davy; A. Parent's Nachfolger. Paris 52, rue Madame and 3, rue Corneille.**

Die interessante umfangreiche Arbeit, die sich als dem Gebiete der Embryologie angehörend einer eingehenden Besprechung in diesem Blatte entzieht, soll hier nur signalisirt werden, um auf sie die Aufmerksamkeit der sich mit dieser Frage Beschäftigenden zu lenken.

Nach den 2 einleitenden Paragraphen, welche die Geschichte des Gegenstandes und die Entwicklung des Hühnereies darstellen, wird im I. Capitel das Auftreten des Kiemenapparates abgehandelt.

Im II. Capitel wird die Entwicklung desselben im Allgemeinen und im III. die Entwicklung der Kiemenbogen im Besonderen erläutert. Hier wird hervorgehoben, welche Rolle der erste Kiemenbogen bei der Entwicklung des Gesichtes, der zweite bei der Bildung des Steigbügels und des Zungenbeins, der dritte bei der Formation des Zungenbeins, der vierte bei der Schaffung der Weichgebilde des Rachens etc., spielt. Das IV. Capitel handelt von der Entwicklung und Transformation der Kiemenspalten. Das V. Capitel bepricht die Entstehung des Aortenbogen. Einunddreissig in den Text eingeschaltete Figuren, den besten Autoren entnommen, dienen zum Verständniss dieser embryologischen Studie.

E. J. MOURE.

2) **S. Allen. Kieferbogen-Cyste des Halses, seröse Form, geheilt durch relativ leichte Massnahmen. (Branchial cyst of the neck, serous variety, cured by comparatively harmless measures.)** *Quarterly Bulletin Clin. Soc. N. Y. Post-Graduate School. N. Y. 1885/86. I. 173.*

Aspiration, Punction und Auskratzung der Innenfläche der Cyste.

LEFFERTS.

3) **Gross et Vautrain** (Nancy). **Congenitale Halscyste. Palliativbehandlung mittelst Capillarpunctionen. (Kyste congénital du cou. Traitement palliatif par les ponctions capillaires.)** *Revue méd. de l'Est. No. 8. 15. April 1886.*

Bei einem 4 Monate alten Kinde wurde ein die linke seitliche Halsgegend ganz ausfüllender fluctuirender Tumor beobachtet. Da eine Exstirpation bei dem so jungen Kinde üble Folgen haben konnte, so wurde eine Capillarpunction vorgenommen, die 60 Grm. einer gelblichen serösen Flüssigkeit zu Tage förderte und hierauf ein Compressionsverband angelegt. Vierzehn Tage darauf neuerliche Punction der Geschwulst, die nahezu dieselbe Grösse wieder erreicht hatte. — Das Kind wurde nicht wieder vorgestellt.

E. J. MOURE.

4) **Boursier** (Bordeaux). **Thyreo-hyoidealcyste. (Kyste thyreo-hyoidien.)** *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Journal de médecine de Bordeaux. 14. März 1886.*

Vorstellung eines 35 jähr. Patienten mit einer haselnussgrossen Cystengeschwulst in der Zungenbeingegend, ohne nähere Bestimmung der Natur dieser Cyste.

E. J. MOURE.

5) **Gluck** (Berlin). **Ueber Blutcysten der seitlichen Halsgegend.** *Deutsche med. Wochenschr. S. 70. No. 5. 1886.*

Gl. operirte nach J. Wolff eine Blutcyste am Halse. Es ist dies der 19. in der Litteratur bekannte Fall. Die anatomische Untersuchung ergab, dass es sich um eine Kiemengangscyste handelte.

B. FRAENKEL.

6) **Périer. Parotischondrom in den Pharynx hineinragend. Exstirpation vom Munde aus. (Chondrome parotidien, faisant saillie dans le pharynx. Extirpation par la bouche.)** *Société de chirurgie de Paris. 5. Mai 1886.*

P. giebt die Krankengeschichte eines 28 jährigen Mannes wieder, der im October 1880 an Halsweh gelitten hatte und dem die in ihrem Volumen vergrössert gefundene Mandel entfernt worden war, unter ziemlich reichlicher Blutung. Viereinhalb Jahre später ergreift der Tumor den Rachen, das Schlingen und Athmen ist erschwert. Das an den Seiten wenig bewegliche Neugebilde nimmt den Nasenrachenraum und den Kehlkopfeingang ein. Die Gaumenschleimhaut ist über dem Tumor beweglich. Es wird dessen Exstirpation vom Munde aus bei nach abwärts gerichtetem Kopfe unter Chloroformnarcose und mit Hilfe des Galvanokauters vorgenommen. Die Enucleation des Tumors ging leicht von statten. Heilung. — Polaillon fragt, worauf P. die Diagnose: Parotistumor gestützt hätte. P. und Berger antworten, weil der Tumor aus der Fossa zygomatica kam.

E. J. MOURE.

7) **Hermann F. Vickery. Schwellung der Cervicaldrüsen. (Enlarged cervical glands.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 20. März 1886.*

Nach einer langen, aber interessanten Besprechung der Aetiologie räth der Verf. (abgesehen von der constitutionellen Behandlung solcher Fälle), solche Drüsen, welche im ersten Stadium und frei beweglich sind, auszuschneiden. Käsige Drüsen werden am besten mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Das Teale'sche Verfahren wird in Kürze mitgetheilt.

LEFFERTS.

8) **J. W. Chambers. Welches ist die zweckmässigste Behandlung bei chronischen eiternden und geschwollenen Halsdrüsen? (What is the proper treatment in chronic suppurative and enlarged glands of the neck?)** *Philad. Med. News. 22. Mai 1886.*

Die Furcht der Chirurgen vor der tiefen Phlegmone des Halses hat unter dem Einfluss der Antisepis ihren Schrecken verloren. Ebenso sind Blutung und Shock bei der Anwendung der Anaesthetica und sorgfältiger Schnittführung jetzt nicht besonders zu fürchten. Wir sind vielmehr nur aus anatomischen Rücksichten in der Ausdehnung beschränkt, in welcher wir diese Drüsen zu exstirpiren versuchen.

LEFFERTS.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **Thos. R. Pooley. Tumor des Antrum und der Orbita. (Tumor of the antrum and orbit.)** *Philad. News. Med. 5. Juni 1886.*

Die Arbeit theilt die Geschichte eines Tumors (Sarcom) mit, welcher in der Highmorshöhle entsprang, diese allmälig ausfüllte und derartig dehnte, bis er dort durchbrach, wo er den geringsten Widerstand fand, nämlich am Boden der Orbita, deren Höhle er ergriff. Die Neubildung wurde durch einen krummen Schnitt, welcher dem unteren Rand der Orbita entsprach und welcher sich von der inneren nach der äusseren Commissur erstreckte, entfernt. LEFFERTS.

10) **Bayer** (Prag). **Ein Fall von Kieferhöhleneiterung mit auf ungewöhnlichen Umwegen stattgefundener Entleerung nach aussen.** (Aus der Privat-Praxis des des Herrn Prof. Gussenbauer in Prag.) *Oest.-ung. Vierteljahrsschr. für Zahnheilkunde. II. Heft. April 1886.*

Oftmalige Traumen hatten bei einem 48 jährigen Manne seit 5 Jahren Schwellungen der rechten Wange veranlasst, welche zuerst spontan zurückgingen, seit 2 Jahren aber zu Abscedirungen mit Fistelbildung führten; dazu trat noch beständiger Eiterausfluss aus der Nase.

Gussenbauer eröffnete von aussen in der Gegend des Processus zygomaticus die Oberkieferhöhle, aus welcher reichlich Eiter abfloss; die granulirende Schleimhaut der Highmor'shöhle wurde mit dem scharfen Löffel entfernt und die Höhle selbst mit Sublimat ausgespritzt. Unter Jodoformgaze-Tamponade heilte die Wunde in 8 Tagen.

Als Ursache dieser Eiterung nimmt B. an, dass die öfteren Traumen Blutungen sowohl in den äusseren Weichtheilen, als auch zwischen Schleimhaut und Knochenwand des Antrum's und endlich in das Innere der Höhle veranlasst haben; diese Extravasate vereiterten vielleicht in Folge des Eindringens von Fäulnisskeimen von der Nase her. Der Eiter gelangte dann aus der Höhle zwischen Schleimhaut und knöcherne Wand und längs der letzteren vielleicht durch das Foramen sphenopalatinum an die äussere Wand des Oberkiefers. Denn überall zwischen diesen Schichten fand man Eiter. CHIARI.

11) **Berger** und **Tyrman** (Graz). **Caries und Necrose des Keilbeinkörpers.** *Wien. med. Blätter No. 71. 1886.*

Die Verff. heben auf Grund von mehreren Fällen der Literatur die Verschiedenartigkeit der Erscheinungen dieser Erkrankung hervor. Die Ursache davon ist die verschiedene Localisation der Caries an verschiedenen Orten des Keilbeinkörpers.

(Die ganze Arbeit ist ein Stück einer demnächst erscheinenden Monographie der beiden Autoren: „Die Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbeinlabyrinthes und ihre Beziehungen zu Erkrankungen des Sehorganes.") CHIARI.

12) **S. T. Armstrong. Necrose des Stirnbeins in Folge von Entzündung des Sinus frontalis. (Necrosis of the frontal bone following inflammation of the frontal sinus.)** *N.-Y. Med. Journ. 23. Januar 1886.*

Es werden zwei Fälle berichtet und durch Holzschnitte das Aussehen der Patienten illustrirt.

Wiewohl der erste Fall nicht frei ist vom Verdacht auf Syphilis, so betrachtet der Autor doch die Affection des Sinus frontalis als die Folge einer acuten Coryza, von Entzündung des Sinus und der Fauces begleitet. In dem zweiten Fall ist er der Diagnose nicht ganz sicher, es weisen jedoch viele Punkte in der klinischen Geschichte wieder auf Syphilis als Ursache hin. Beide Fälle illustriren die Gefahr bei solchen Fällen, wenn man zögert, sofort zu operiren. Eine schnelle Analyse der existirenden Sympiome — Schmerz, Schwellung und Coryza — würde eine dringende Indication abgegeben haben, über der Schwellung zu incidiren, den Knochen mit einem Drillbohrer, wie ihn Zahnärzte benützen, zu eröffnen und den Sinus zu säubern. Die spätere Necrose, die fistulösen Canäle etc. würden auf diese Weise vermieden worden sein. LEFFERTS.

13) **J. van R. Hoff. Bemerkungen über den Nasenrachencatarrh. (Notes on nasopharyngeal catarrh.)** *Pacific Med. Surg. Journ. XXVII. 520. 1886.*

Ein hübsches Resumé, speciell die Therapie betreffend; doch bietet es nichts Neues dar. LEFFERTS.

14) **V. Cozzolino** (Neapel). **Arthritischer (?) Nasenrachencatarrh. (Catarro faringeo-nasale (artritico?) con speciali concrezioni mucose.)** *Bolletino delle Malattie dell' orecchio etc. 1886. No. 4.*

C. tritt für die französische Auffassung der Diathesen ein, also des Herpetismus, der arthritischen, urämischen, gichtischen, diabetischen Localisationen.

Bei einer Dame, die von Jugend auf an „chronischem Arthritismus" litt, fand er trockene, zähe, fest anhaftende lederartige Krusten im Nasenrachenraum bei Atrophie der Schleimhaut; es bestanden Kopfschmerzen und Schlingbeschwerden. Bei einem von gichtischen Eltern stammenden und an Nierensteinen leidenden Mann fand er dieselben „Concremente" bei Hypertrophie der Rachentonsille. Beide Kranken litten ausserdem an Ekzem, welches vom Verf. ebenfalls mit dem Arthritismus in Verbindung gebracht wird.

Er wirft den Deutschen vor, dass sie den Einfluss der Diathesen auf die Entstehung der Rachencatarrhe ausser Acht lassen, und ist „nicht abgeneigt" seine Fälle als arthritischen Nasenrachencatarrh zu bezeichnen. (Das Fragezeichen im Titel stammt übrigens vom Autor selbst). Eine mikroscopische und chemische Untersuchung des bald als zähe Krusten bald als Concremente bezeichneten Secrets scheint nicht vorgenommen worden zu sein.

Therapeutisch wird als Hauptsache eine gegen die supponirte Diathese gerichtete Allgemeinbehandlung empfohlen; nebenbei milde Zerstäubungen oder Injectionen, für welche Verf. einen Apparat angegeben hat. KURZ.

15) **A. Trifiletti** (Neapel). **Ueber einen Fall von primärer Diphtherie des Cavum naso-pharyngeum (Sopra un caso di difteria primaria del cavo naso-pharyngeo.)** *Archivii di Laringologia. VI. Fasc. 1. 1886.*

T. ist für die Dualität von Diphtherie und Scharlach. Er hält die im Gefolge von Scarlatina, Morbilli etc. auftretende Rachendiphtherie für eine Complication, für eine neue Affection, die sich zu der ersten Erkrankung gesellt. Er berichtet über einen Fall von primärer Nasenrachendiphtherie bei einem Erwachsenen. Unter antiseptischer Localbehandlung trat rasche Heilung ein.

KURZ.

16) **Chatellier** (Paris). **Ueber adenoide Tumoren des Rachens. (Des tumeurs adénoides du pharynx.)** *Thèse, Paris. No. 92. 1886.*

Das erste Capitel enthält anatomische und anatomisch-pathologische Betrachtungen. Hierauf wird die Aetiologie der adenoiden Tumoren studirt und dabei der Erblichkeit, dem lymphatischen Habitus, noch mehr aber den wiederholten Entzündungen in der Rachenhöhle eine grosse Rolle eingeräumt.

Bei der Symptomotologie unterscheidet der Autor mit Calmettes 3 Formen: 1. die auriculäre, 2. die asthmatische, 3. die aus beiden zusammengesetzte Form, je nachdem Läsionen des Ohres oder der Luftwege oder beider zugleich vorkommen. Unter den Complicationen, die die adenoiden Tumoren des Rachens begleiten, die aber richtiger mit zu den Symptomen gezählt werden sollten, führt Ch. auch den eigenthümlichen Gesichtsausdruck der Kranken an und bringt einige gelungene photographische Abbildungen bei. Nachdem Ch. über den Verlauf, Prognose und Diagnose gesprochen, geht er auf die Behandlung über und empfiehlt die von Woakes modificirte Löwenberg'sche Zange und das Delstanche'sche Adenotom. Der Autor bemerkt noch, dass er niemals bei dieser Operation einen Zwischenfall beobachtet hätte, auch habe er keinen in der Literatur verzeichnet gefunden (woraus aber nicht geschlossen werden darf, dass ein solcher noch nie vorgekommen sei).

Die Arbeit, ohne vollständig zu sein, giebt eine ziemliche Uebersicht des Gegenstandes.

E. J. MOURE.

17) **Grancher** (Paris). **Ein neues Zeichen der adenoiden Tumoren des Nasenrachenraumes. (Un nouveau signe des tumeurs adénoides du pharynx nasal.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. Mai 1886.*

Wenn ein Kranker mit adenoiden Vegetationen durch den Mund athmet, so vollzieht sich die Athmung frei ohne Zwang: der Typus der Athmung ist costo-diaphragmal. Sobald der Kranke aber nur durch die Nase athmet, so wird der Typus costal. Und bei der Auscultation nimmt man beim Mundathmen vesiculäres Athmen wahr, bei Nasenathmen dagegen ein obscures, verschleiertes und unvollständiges Athmen. Die Differenz des Athemtypus und des vesiculären Athemgeräusches zwischen Mund- und Nasenathmung wäre ein sicherer diagnostischer Behelf bei der Diagnose bei Verlegtsein des Nasen- oder Nasenrachenraumes durch Tumoren verschiedenster Art.

E. J. MOURE.

18) **Franklin H. Hooper. Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Adenoid vegetations in the naso-pharyngeal cavity.)** *Boston Med. et Surg. Journ. 4. März 1886.*

Ein gut geschriebener Artikel, welcher das ganze Gebiet der die adenoiden Vegetationen umfassenden Frage beherrscht. Da er nichts Neues enthält, so ist eine detaillirte Analyse hier nicht angebracht. Wir können jedoch die Lectüre dieser Arbeit allen denen warm empfehlen, welche sich für diesen Gegenstand interessiren. LEFFERTS.

19) **J. Gottstein** (Breslau). **Zur Operation der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 2. S. 25. 1886.*

Beschreibung, Abbildung und Gebrauchsanweisung des Instruments zur Operation der adenoiden Vegetationen, welches G. auf der Naturforscher-Versammlung demonstrirte (Centralbl. Januar 1886, S. 320). Dasselbe stellt ein birnförmig gestaltetes Fensterchen dar, dessen Basis nach oben steht und dessen nach unten gerichtete Spitze mit einer kurzen Krümmung in den Schaft derartig übergeht, dass das Fenster zum Stiel frontal zu stehen kommt. Die schneidende Fläche ist ein wirkliches scharf geschliffenes Messer. Mit der vorderen Fläche des Instruments wird die Zunge herabgedrückt, dann das Velum umgangen und schliesslich das Messer fest an die hintere Pharynxwand angedrückt, so dass sich die Vegetationen durch die Fensteröffnung durchpressen, und nun dieselben mit einem kräftigen Zuge von oben nach unten abgeschnitten. Das Instrument verfertigt Haertel, Breslau, Weidenstrasse 33. B. FRAENKEL.

20) **A. Jacobi** (New-York). **Partielle und bisweilen allgemeine Chorea minor durch Reflexe vom Nasenrachenraum aus bedingt. (Partial and sometimes general chorea minor from naso-pharyngeal reflex.)** *International Journal of the Medical sciences. April 1886.*

Der Autor hat zahlreiche Fälle von Zuckungen der Gesichtsmuskeln (Augenzwinkern, Stirnrunzeln, Contractionen der Nasen- und Mundmuskulatur) bisweilen mit clonischen Bewegungen des Arms und Schulterzucken verbunden, beobachtet, bei gleichzeitig bestehendem Nasencatarrh. In seltenen Fällen entwickelte sich eine allgemeine Chorea daraus. Es ist wichtig, zu constatiren, dass das „propter hoc" keineswegs mit Sicherheit in dem Artikel bewiesen ist. McBRIDE.

21) **Setterblad** (Stockholm). **Fall von Nasenrachenpolyp mittels Galvanocaustik operirt. (Fall af nässvalgpolyp opererad med galvanokaustik.** *Hygiea. p. 110. 1886.*

24jähr. Mann, der seit dem Herbst 1884 zunehmende Sprach-, Schling- und Athmungsstörungen in Folge eines Nasenrachenpolypen hatte. Am 11. März 1885 wurde der Polyp (nicht vom Verf.) theilweise mittels galvanocaustischer Schlinge entfernt. Recidiv. Am 16. October sah der Verf. zum ersten Mal den Patienten. Der Nasenrachenraum war von einem festen, länglichen Tumor ausgefüllt; die Geschwulst war an der linken Seite des Fornix festsitzend. Mittels einer Schlinge, die durch die Nase um den Stiel geführt wurde, wurde der grösste Theil mittels Galvanocaustik abgebrannt. Eine galvanocaustische Nachbehandlung der Wurzel

ist angefangen aber zur Zeit der Publication noch nicht abgeschlossen. Microskopisch: Fibrom. SCHMIEGELOW.

22) **Walter Fowler. Fourneaux Jordan's Operation für Tumoren im Nasenrachenraum. (Furneaux Jordan's operation for naso-pharyngeal growths.)** *Brit. Med. Journal. 6. Februar 1886.*

F. zeigte auf dem Meeting der Midland Medical Society einen 16jährigen Knaben, bei welchem diese Operation behufs Exstirpation eines Sarcoms glücklich ausgeführt worden war. Es handelte sich um ein Recidiv nach Entfernung mit der Schlinge. A. E. GARROD.

23) **Walter Pye** (London) **Ein Fall von Exstirpation eines Sarcoms an der Schädelbasis. (A case of removal of a sarcoma from the base of the skull.)** *Brit. Med. Journal. 13. Februar 1886.*

Patient kam ins Krankenhaus mit der Klage über häufige Blutungen aus dem Hals und linken Nasenloch. Man fand einen Tumor, der das linke Nasenloch fast verschloss und das Velum abwärts drängte. Es bestand Dysphagie und zuweilen Dyspnoë.

Es wurde zunächst die Tracheotomie gemacht und der tiefere Theil des Pharynx mit einem Schwamm verstopft. Hierauf wurde das Velum in der Medianlinie gespalten. Es zeigte sich, dass der Tumor mit einem breiten Stiel am Proc. basilaris und wahrscheinlich an der vorderen Seite des Atlas festsass. Er wurde mittelst eines Schraubenécraseurs mit gewundenem Draht entfernt. Die Enden des Drahts wurden nach vorn durch die Nase mittelst des Bellocq'schen Röhrchens gebracht, die Schlinge wurde über dem Tumor möglichst nahe der Basis angelegt. Derselbe war sehr blutreich und seine Exstirpation nahm fast eine Stunde in Anspruch. Die Blutung wurde mit Eis gestillt und das Velum wieder vereinigt. Trotz verschiedener Anfälle von Blutungen, ging die Genesung gut von Statten, und Patient wurde 3 Wochen und einige Tage nach der Operation anscheinend gesund entlassen. Der Tumor erwies sich als Myxosarcom. Zehn Tage nach der Entlassung wurde er wieder mit hoher Temperatur aufgenommen und machte einen pyämischen Anfall durch mit multiplen Abscessen, jedoch ohne Frost.

Schliesslich genas er, und es zeigte sich kein Symptom einer Wiederkehr des Tumors. A. E. GARROD.

24) **Mc Intyre** (Glasgow). **Tumor der Schädelbasis, welcher Augenlähmung bewirkt und Nase nebst Pharynx ergriffen hatte. (Tumor of the base of the skull giving rise to ocular paralysis and involving the nose and pharynx.)** *Glasgow Med. Journal. März 1886.*

Der Tumor wurde auf dem Meeting der Glasgow Pathological and Clinical Society am 31. August demonstrirt. Es zeigte sich, dass der Tumor von der oberen Partie der Rosenmüller'schen Grube ausgegangen war. Er wuchs rapide, und es traten folgende Symptome auf: 1. Das Auge wurde nach innen abgelenkt und, als diese Erscheinung schwand, trat Ptosis auf. 2. Die Wange wurde para-

lytisch und die Sprache gestört. 3. Respirationsbeschwerden. 4. Schmerzen besonders am Hinterhaupt. 5. Reichlicher Ausfluss, der grosse Unbequemlichkeiten verursachte, besonders nachdem eine Paralyse des Pharynx eingetreten war.

Die Hauptergebnisse der Obduction werden von Mc Intyre kurz in folgender Weise mitgetheilt:

„In der mittleren Schädelgrube waren die Häute in grösserer Ausdehnung zerstört, und es zeigte sich eine beträchtliche Quantität schleimig-eitriger Flüssigkeit. Hierauf wurde ein Tumor des Keilbeins gefunden, welcher nach aussen in die Ala magna ungefähr 3 Ctm. weit überging, nach vorn in die Fissura sphenoidalis reichte und nach hinten die Spitze der Pars petrosa des Schläfenbeins ergriffen hatte. Die Eröffnung des Nasenrachenraums zeigte, dass derselbe ebenso wie die hintere Partie der Nasenhöhle beinahe vollständig zerstört und in eine pulpöse Masse verwandelt worden war. Nach Entfernung eines Theils der Schädelbasis zeigten sich die Ligamente zwischen Atlas, Epistropheus und Hinterhaupt ergriffen. Die tiefen Halsmuskeln, d. h. der Rectus capit. poster, und anter., der Splenius capitis, der Longus colli und die Fascie über und um diese Muskeln waren ganz infiltrirt von einem schnell wachsenden Tumor. Die Zerstörung war so gross, dass die verschiedenen Theile schwer zu erkennen waren. Die Medulla, das Cerebellum und die Orbita waren anscheinend normal.“

Bei der Diagnose legt Mc Intyre grosses Gewicht auf die frühzeitige Betheiligung des Abducens. Da die Lage dieses Nerven eine derartige ist, dass er von einem Tumor des Keilbeins ergriffen werden muss, so ist jede Functionsstörung desselben sorgfältig zu beachten, sobald operative Eingriffe im Nasenrachenraum in Betracht kommen.

Dr. Finlayson, in dessen Behandlung der Patient war, bevor er ihn Mc Intyre zusandte, lieferte einige interessante Einzelheiten über den Zustand desselben zwischen dem 19. Juni und 7. August 1885. Patient, welcher am 19. Juni in der Western Infirmary erschien, klagte über heftige Kopfschmerzen und zeigte eine Paralyse des Rectus externus rechterseits. Es bestanden keine syphilitischen Erscheinungen, nur dass die Schmerzen Nachts exacerbirten. Die Krankheit begann im December 1884 mit heftigen Schmerzen in der Nasenspitze, welche in die rechte Schläfe, Backe und Zähne ausstrahlten. Bei der Aufnahme bestanden heftige Schmerzen im Hinterkopf. Im Februar 1883 entleerte sich aus dem rechten Nasenloch Eiter, später auch aus dem linken. Nach 14 Tagen zeigte sich eine Deviation des rechten Auges nach innen, Diploplie und Schwindel, wenn das rechte Auge allein gebraucht wurde. Die Accomodation für die Nähe war normal; die ophthalmoscopische Untersuchung zeigte keine erhebliche Läsion. Der rechte Acusticus war wahrscheinlich betheiligt, obwohl eine doppelseitige Mittelohraffection eine Prüfung mit der Stimmgabel hinderte. Als Mc Intyre die Nase untersuchte, fand er keinen Tumor, nur war die mittlere und untere Nasenmuschel mit Exsudat bedeckt. Auf der rechten Seite des Halses über dem Sternomastoideus befand sich eine kleine Drüsenschwellung; die rechte Backe war ein wenig schwächer entwickelt und die Zunge wich ein wenig nach rechts ab.

MC BRIDE.

## c. Mundrachenhöhle.

25) **Ramon de la Sota y Lastra** (Sevilla). **Beitrag zum Studium des Lupus des Schlundes. (Contribucion al estudio del Lupus de la Garganta.)** Diese Arbeit ist in das Englische übersetzt und wurde am 27. Mai 1886 in der American Laryngol. Association zu Philadelphia vorgelesen.

Ein 60(!)jähriger Arzt leidet seit einem Jahre im Munde und Rachen, kann nur flüssige Nahrung zu sich nehmen. Die Zunge ist psoriatisch, die Schleimhaut des Gaumens höckerig, die Mandel und der rechte Gaumenbogen ulcerirt und reicht diese Ulceration bis zur Pyramidengrube. Die afficirte Schleimhaut blutet nirgends, der Kehlkopf ist fast ganz frei. Die anfangs gehegte Ansicht, dass ein Epitheliom vorliege, wurde später aufgegeben. Trotzdem Syphilis ausgeschlossen werden konnte, wurde zuerst eine antisyphilitische Cur eingeleitet, die jedoch bald aufgegeben werden musste, da durch dieselbe das Leiden sich scheinbar verschlimmerte. Nun wurde Arsenik innerlich und Resorcin, Jodoform und Boraxlösung local applicirt. Während eines Monats dehnte sich die Ulceration nach Oberfläche und Tiefe noch mehr aus; jedoch nach weiteren drei Monaten war alles vernarbt, nur die Psoriasis der Zunge bestand noch. Es sind jetzt $1^1/_2$ Jahre, dass Patient geheilt ist.

S. glaubt, dass diese Affection ein Lupus (?) gewesen und exponirt seine reichlichen Erfahrungen betreffs des Lupus des Schlundes. Er beobachtete den Lupus in jedem Alter, häufiger bei Erwachsenen, als bei Kindern, bei Männern häufiger als bei Frauen. Viele sind scrophulös, andere syphilitisch, andere herpetisch (?), andere rheumatisch. Es werden noch weitere differentielle Merkmale nach Sota y Lastra angegeben, wobei das Mikroscop keine Erwähnung erfährt.

KISPERT.

26) **J. M. G. Carter. Ein Bericht über 200 Fälle von Tonsillitis. (A report of two hundred cases of tonsillitis.)** *Chicago Med. Journ. Examiner LI. 514—519. 1885.*

Die Erfahrungen des Autors bei der Behandlung sprechen zu Gunsten von Aconit und Belladonna, daneben zuweilen Kal. chloric. Bestehen starke Magenbeschwerden, so wird Gelsemium hinzugefügt. Local: Alcohol und Kali chloric.; äusserlich Sinapismus. Campher und Kerosene, Alcohol, rother Pfeffer etc.

LEFFERTS.

27) **W. T. Easly. Behandlung der Tonsillitis und des Nasencatarrhs. (Treatment of tonsillitis and nasal catarrh.)** *St. Louis Med. cnd Surg. Journ. Mai 1886.*

Bericht über einen einfachen Fall.

LEFFERTS.

28) **John Brown** (Bacup). **Acute Tonsillitis und Rheumatismus. (Acute tonsillitis and rheumatism.)** *Brit. Med. Journ. 6. Februar 1886.*

B. ist überzeugt, dass beide Affectionen nahe verwandt sind. Er findet, dass selten Suppuration bei der acuten Tonsillitis eintritt, wenn eine Mixtur angewandt wird, deren Componenten er angiebt. Sie enthält hauptsächlich salicylsaures Natron, von welchem er kleinere Dosen den grösseren vorzieht. A. E. GARROD.

29) L. Emmett Holt. **Ueber die Nichtidentität der croupösen Tonsillitis und der Diphtherie. (The non-identity of croupous tonsillitis with diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Mai 1886.*

Da die Gewohnheit herrscht, jede Angina, bei der eine Membran sich zeigt, als Diphtherie anzusehen, so sind die über diese Krankheit veröffentlichten Statistiken werthlos. Ein Jeder, der sich mit der Literatur dieses Gegenstandes zu befassen sucht, wird zugeben, dass man erst dann grössere Fortschritte in der Behandlung dieses Leidens machen kann, wenn man exacter in der Stellung der Diagnose sein wird. Es ist ebenso wichtig zu wissen, was nicht Diphtherie ist, als was Diphtherie ist. Zur Zeit sind alle Pathologen darin einig, dass die Pseudomembranen, welche wir bei der als Diphtherie bekannten Allgemeinerkrankung vorfinden, histologisch sich nicht wesentlich von denen unterscheiden, welche durch andere Ursachen, z. B. Kälte oder Trauma, erzeugt werden. Wir müssen uns daher, um das Wesen der Diphtherie festzustellen, mehr auf die klinischen Erscheinungen stützen. Es sind das in Kürze folgende:

1. Eine grosse Neigung zur Asthenie, wie sie durch den frequenten Puls und den häufigen Tod durch Herzschwäche sich zu erkennen giebt.
2. Das Auftreten von Pseudomembranen an verschiedenen Schleimhäuten zu gleicher Zeit, wie z. B. Tonsillen mit weichem Gaumen, Pharynx, Nase, oder Larynx; oder die allmälige Ausbreitung von einer auf die andere.
3. Fast beständige Albuminurie.
4. Häufige paralytische Folgen.
5. Uebertragbarkeit.

Um die Differenzpunke zwischen croupöser Tonsillitis und wahrer Diphtherie recht nachdrücklich hervorzuheben, ist folgende Tabelle aufgestellt:

| Croupöse Tonsillitis. | Diphtherie. |
|---|---|
| 1. Plötzliches Auftreten. | 1. Tritt häufiger schleichend auf. |
| 2. Deutlichere allgemeine Beschwerden in den beiden ersten Tagen, ohne Neigung zur Asthenie. | 2. Gewöhnlich finden sich erst am dritten Tage Allgemeinbeschwerden mit nachfolgender ausgesprochener Tendenz zur Asthenie. |
| 3. Zeigt sofort Temperatur von 40° und darüber. | 3. Temperatur anfangs selten hoch, 38°—38,5°, allmälig bis zum 4. Tag steigend. |
| 4. Puls voll und schnell. | 4. Wenn schnell, dann schwach. |
| 5. Membran von gelblicher Farbe; Ränder scharf begrenzt; blutet nicht beim Ablösen; ist oberflächlich; nicht adhärent; keine Neigung zu Recidivirung nach der Entfernung; erscheint frühzeitig; breitet sich nicht aus. | 5. Graue Farbe, bisweilen grünlich; breitet sich allmälig aus, auf Uvula, Velum, Pharynx sowohl als Tonsillen; blutet leicht, ohne dass man sie abreisst; infiltrirt die tieferen Gewebe, ist adhärent, starke Tendenz nur Wiederbildung nach der Entfernung; ist am ersten, selbst zweiten Tag noch nicht sichtbar; breitet sich beständig aus. |

| | |
|---|---|
| 6. Albuminurie kommt, wenn überhaupt, so nur selten vor. | 6. Albuminurie fehlt selten. |
| 7. Erreicht ihre Höhe am zweiten Tag; am vierten ist der Patient gewöhnlich in der Genesung. | 7. Erreicht gewöhlich ihre Höhe nicht vor dem vierten Tag. |
| 8. Paralysen treten niemals in ihrem Gefolge auf. | 8. Paralysen sind ganz gewöhnliche Folgen. |
| 9. Es ist zweifelhaft, ob sie jemals contagiös ist. | 9. Verbreitet sich oft durch Contagion. |

LEEFFRTS.

30) **Joal** (Mont-Dore). **Ueber Orchitis und Ovaritis tonsillären Ursprungs. (De l'orchite et de l'ovarite amygdaliennes.)** *Archives générales de médecine. Mai und Juni 1886.*

Nach einer genauen historischen Einleitung werden 4 persönliche Fälle von Ovaritis und Orchitis beigebracht, denen eine Tonsillitis vorangegangen war. Ferner berichtet Verf. von 2 Fällen von Larammondes, von einem Fall von Gaillard und einem weiteren Falle von Cadier, die ihm mitgetheilt wurden. Er zieht aus diesen Beobachtungen den Schluss, dass die Entzündungen des Hodens und des Eierstocks zu den möglichen Complicationen der acuten Tonsillitis gezählt werden müssen und dass sie infectiösen Ursprunges sind, wie die im Verlauf von Typhus oder Mumps auftretenden Entzündungen der Genitalorgane.

E. J. MOURE.

31) **E. J. Beall. Parese in Folge von Tonsillitis. (Paresis consecutive to tonsillitis.)** *St. Louis Med. et Surg. Jour. Mai 1886.*

Es werden zwei Fälle berichtet mit temporärer Paralyse des weichen Gaumens.

LEFFERTS.

32) **Chas. H. Knight. Paralyse des weichen Gaumens bei Naso-pharyngitis (Paralyse of the velum palati in naso-pharyngitis.)** *N. Y. Med. Journ. 15. Juni 1886.*

Es handelt sich um einen einzelnen Fall, dessen Natur der Titel bezeichnet, bei einem 9jährigen Kinde. Der Autor nimmt hierbei Gelegenheit, sich eingehend über einige Fragen der Anatomie, Physiologie und Pathologie des weichen Gaumens auszusprechen.

LEFFERTS.

33) **T. A. de Blois. Schneller Tod an Tuberculose, wenn sie den Pharynx ergreift. (The rapid fatality of tuberculosis when involving the pharynx.)** *Boston Med. et Surg. Journ. CXIII. p. 392. 1885.*

Zur Stütze für seine Behauptung theilt der Autor die Geschichte eines Falles mit, in dem der Tod 2 Monate nach dem Erscheinen der Pharynxulceration eingetreten war.

LEFFERTS.

34) **Bourdon. Verwachsung des freien Randes des Gaumensegels mit dem Pharynx. (Adhérence du bord libre du voile du palais et du pharynx.)** *Société anatomique de Nantes. 14. April 1886 — und Gaz. méd. de Nantes. No. 7. 9. Mai 1886.*

In Folge der gänzlichen Verwachsung des Velums mit dem Rachen athmet der Kranke nur durch den Mund. Da keine Syphilis nachweisbar, so nimmt B. Scrophulose als Ursache an und meint dabei, dass die Syphilis, wenn sie die natürlichen Oeffnungen ergreift, dieselben erweitere, die Scrophulose dagegen dieselben verengere, ein Argument, das dem Ref. nicht stichhaltig erscheint.

E. J. MOURE.

35) **Monod. Geschwür an der hinteren Rachenwand. Keine Spuren von Syphilis. Schnelle Besserung nach mercurieller Behandlung. (Ulcération de la paroi postérieure du pharynx. Aucune trace de syphilis. Amélioration rapide à la suite du traitement mercuriel.)** *Soc. de médecine et de la chirurgie de Bordeaux. Journ. de méd. de Bordeaux. 11. April 1886.*

M. fragt die Gesellschaft, mit welcher Art von Geschwür man es in dem vorliegenden Falle zu thun habe. Venot meint, dass, wenn es sich überhaupt um Syphilis hier handle, man nur an einen indurirten primären Schanker denken dürfe. Der Referent, Mandillon, Vergely und Boursier sprechen sich für die syphilitische Natur des Geschwürs aus, ohne die Periode der Syphilis näher bestimmen zu wollen.

E. J. MOURE.

36) **A. Castex. Ueber die bösartigen Geschwülste des hinteren Theiles der Mundhöhle. (Des tumeurs malignes de l'arrière bouche.)** *Separatabdruck der Revue de chirurgie. Januar und Februar 1886.*

Der Autor legt seiner Arbeit 35 Beobachtungen zu Grunde, von denen 11 ihm eigen sind. Die bösartigen Neugebilde, die im Umkreise des Isthmus faucium sich entwickeln, haben häufig einen schleichenden Beginn und der Chirurg wird erst gerufen, wenn der Fall schon ein schwerer und vielleicht inoperabler geworden ist.

Der häufigste Sitz des Krebses der hinteren Mundhöhle ist die Tonsille, hierauf der vordere Gaumenbogen und das Gaumensegel. Die gewöhnlichste Form des malignen Tumors ist das Epitheliom, es kommen aber auch Encephaloide und Sarcome in dieser Gegend vor.

Billroth hat ein gestieltes Sarcom der hinteren Rachenwand operirt. Die Krankheit kann sich im Anfange dem Kranken auf dreierlei Art bemerkbar machen. Entweder durch ein Hinderniss und einen Schmerz beim zweiten Theil des Schluckactes, oder durch Ohrenschmerz, oder endlich durch Schwellung der Drüsen des Kieferwinkels. Nach diesem Anfangsstadium sind die Schmerzen das Hauptsymptom. Stimmstörungen spielen eine untergeordnete Rolle, sie hängen von der Grösse und dem Sitze der Geschwulst ab. Taubheit tritt selten ein. Speichelfluss ist ein häufig eintretendes und sehr lästiges Symptom. Blutungen sind nicht häufig. Der Athem ist selten übelriechend.

Das Examen des hinteren Theiles der Mundhöhle giebt Aufschluss über

Natur und Sitz des Tumors, aber häufig muss man zur Digitaluntersuchung seine Zuflucht nehmen. Allgemeinsymptome treten erst spät hinzu.

Verlauf, Dauer und Ausgang ist der aller malignen Tumoren, doch erhalten die der hinteren Mundhöhle gewisse Eigenthümlichkeiten vermöge ihres Sitzes.

Bei der Differentialdiagnose mit anderen Affectionen muss auf den primären Schanker, Tuberculose, Lupus etc. Rücksicht genommen werden.

Betreff der chirurgischen Behandlung bemerkt C.: 1. Wenn der Tumor umschrieben ist und die Lymphdrüsen nicht ergriffen sind, soll man operiren. 2. Ist die Geschwulst weiter ausgebreitet, und besteht Lymphdrüseninfiltration, so kann man operiren, wenn der Tumor beweglich ist, denn der Eingriff ist eher nützlich als schädlich. 3. Ist das ergriffene Gebiet ein grosses, so kann ein Eingriff nur ausnahmsweise gestattet werden (bei unerträglichen Schmerzen, Selbstmordabsichten des Kranken etc.). Der Eingriff ist dann aber nur ein palliativer.

C. beschreibt die verschiedenen Operationsverfahren, die Tumoren auf natürlichem oder künstlichem Wege zu entfernen, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann. E. J. MOURE.

37) **J. Mikulicz** (Krakau). **Die seitliche Pharyngotomie behufs Exstirpation maligner Geschwülste der Tonsillargegend.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 10 und 11. 1886.*

M. macht weitere Mittheilungen über seine im ersten Jahrgang dieses Blattes p. 120, No. 20 referirte Operationsmethode.

1. Tonsillarcarcinom, auf die hintere Rachenwand, den Zungengrund und weichen Gaumen übergreifend; taubeneigrosse Lymphdrüse am Kieferwinkel. Exstirpation. Heilung. Recidiv nach 2 Jahren; erträglicher Zustand durch ein weiteres Jahr. (Ueber die Operation dieses Falles berichtete M. in seiner ersten Mittheilung). 2. Von der Tonsillargegend ausgehendes, fast den ganzen Pharynx ausfüllendes Sarcom. Exstirpation. Heilung. Tod nach 3 Monaten aus unbekannter Ursache. 3. Tonsillarcarcinom auf den weichen und harten Gaumen übergreifend. Faustgrosse Lymphdrüse am Kieferwinkel. Exstirpation. Tod nach $2^1/_2$ Stunden an Collaps und Blutaspiration. 4. Ausgedehntes Carcinom der seitlichen Pharynxwand; hühnereigrosse Lymphdrüse am Kieferwinkel. Exstirpation mit Zurücklassung von Tumorknoten am Rachendach. Heilung. Weiteres Schicksal unbekannt.

Im 2., 3. und 4. Falle wurde der Kieferwinkel sammt den Ansätzen des Masseter und Pterygoideus int. erhalten. Trotzdem war der Zugang zum Pharynx ausreichend, die nachfolgende Entstellung und Functionsstörung aber geringer. M. räth nunmehr nach seiner im 3. Falle gemachten üblen Erfahrung im Gegensatz zu seinen früheren Angaben an, die Tracheotomie vorauszuschicken und die Trachea zu tamponiren. Sein 4. Fall wurde schon so operirt. Die gewöhnlich zur Nachbehandlung gebrauchte 30proc. Jodoformgaze musste im ersten Falle beginnender Intoxiciation wegen durch 10proc. ersetzt werden. Die Ernährung wurde durch ein in den Oesophagus eingeführtes und an der Hautwunde befestigtes fingerdickes Rohr bewerkstelligt.

M. sah im Ganzen 7 Tonsillarcarcinome bei Kranken von 42 bis 65 Jahren, und zwar bei 5 Männern und 2 Frauen. (Auf 16 von M. E. Küster und Morell Mackenzie beobachtete Fälle kommen 12 M. und 4 W.). Sechsmal sass das Carcinom links! In 9 Fällen (7 M. und 2 W. Küster) griff das Carcinom über:

auf Gaumenbögen und Gaumen . . . . . . . 8 mal,
auf die Zungenwurzel . . . . . . . . . . . . . 5 mal,
auf die hintere Rachenwand . . . . . . . . . 4 mal,
auf den Ober- und Unterkiefer. . . . . . . . 3 mal,
nach unten zu bis an den Kehlkopf . . . . . 3 mal,
nach oben zu über die Choanen hinaus . . . 2 mal.

Die ersten Erscheinungen (Gefühl von Wundsein oder etwas Fremden im Schlunde, Räuspern, blutiger Schleim) machte das Neugebilde 3—15 Monate vor der Operation. Wird die Schleimhautfalte zwischen Ober- und Unterkiefer infiltrirt, so beginnen furchtbare Leiden: Kauen, Schlingen, Sprechen ist schmerzhaft, der Kranke hat den Mund voll Schleim, den er weder auswerfen, noch hinunter schlucken kann. Verschluss der Choanen etc. ruft besondere Erscheinungen hervor. Die Diagnose ist leicht, sobald der Tumor exulcerirt. M. wurde einmal durch eine harte carcinomatöse Lymphdrüse, die die Tonsille vorgewölbt hatte, veranlasst, fälschlich einen nicht ulcerirten Tumor der Mandel anzunehmen.

B. FRAENKEL.

38) **Kilham** (Sheffield). **Bösartige Neubildung des Halses. (Malignant disease of the throat.)** *Lancet. 24. April 1886.*

K. berichtet in der Sheffield Medico-Chirurgical Society den Fall eines 53jährigen Mannes, welcher an einem malignen Neoplasma des Velum, der Uvula, beider Seiten des Schlundes und der Zungenbasis litt. Er hatte ausserdem starke Schwellungen an den Kieferwinkeln. Wegen schwerer Dyspnoë wurde tracheotomirt. Der Mann starb jedoch nach drei Wochen an Pyämie. Bei der Section fand sich unter dem rechten Sternomastoideus ein grosser Abscess, auch die Schultergelenke beiderseits enthielten Eiter.

E. A. GARROD.

39) **Henry E. Black. Rund- und Spindelzellensarcom des Pharynx. (Round and spindle celled sarcoma of the pharynx.)** *Glasgow Med. Journ. Februar 1886.*

Auf dem Meeting der Glasgow Pathol. and Clinical Society am 10. November 1885 zeigte Black ein Rund- und Spindelzellencarcom des Pharynx. Die Geschichte des Falles reicht acht Jahre zurück. Vor fünf Jahren waren die Drüsen noch frei. Dr. Foulis rieth zur Exstirpation, sie wurde jedoch nicht ausgeführt. Untersuchung durch Mc Intyre am 27. August 1885. Patient klagt über Halsschmerzen. Der grössere Theil der Mund- und Rachenhöhle ist von einer grossen Masse erfüllt, welche hauptsächlich von dem Gewebe in der Nachbarschaft der rechten Tonsille entspringt und welche sich seitlich bis auf $^1/_4$ Zoll an den linken Gaumenbogen erstreckt. Die Uvula erscheint als ein kleiner Knoten in Verbindung mit der linken Tonsille. Der untere Rand des Tumors berührt fast den Zungenrücken und die vordere Fläche ist $1^1/_2$ Zoll von den Zähnen entfernt. Mc Intyre beschreibt den Tumor als etwas rund, jedoch hin und wieder, namentlich an der unteren Partie deutliche Ulcerationen zeigend.

Er ist roth, indurirt und mit Schleim und Eiter bedeckt. Der Larynx war, soweit beurtheilt werden konnte, unbetheiligt.

Es zeigten sich Beschwerden mit periodischen Exacerbationen. In den zehn Jahren traten bisweilen Hämorrhagieen auf und der Athem wurde fötide. Ein Comité bestehend aus den Herren Clark, Coates, Newman und McIntyre berichtete sehr sorgfältig über den Tumor. „Coates und Newman sind überzeugt, dass der Tumor ein Spindelzellensarcom sei, welches das lymphatische Gewebe ergriffen habe.“ „Clark meinte, dass der Tumor ursprünglich wahrscheinlich ein einfaches Spindelzellensarcom sei, welches von der Schädelbasis ausgehend abwärts in den Rachenraum gewachsen sei und hierbei das lymphatische Gewebe der Tonsille und des Pharynx ergriffen habe, sie in seine Substanz einschliessend.“ McBRIDE.

40) **Subbotic** (Semlin). **Pharyngotomia subhyoidea wegen Fremdkörper.** *Wiener med. Zeitung. No. 10. 1886.*

Eine Stecknadel sass im Grunde des linken Sinus pyriformis; sie wurde mittelst des Kehlkopfspiegels gesehen, konnte aber trotz Bepinselung mit 5 pCt. Cocainlösung nicht vom Munde aus entfernt werden. Da eine stärkere Cocainlösung nicht aufzutreiben war, so wurde die Pharyngotomia subhyoidea linkerseits ausgeführt, und die Nadel mit der Zange extrahirt. Wundheilung per primam. CHIARI.

41) **Wheeler. Pharyngocele. (Pharyngocele.)** *Transactions of Academy of Medicine of Ireland. — Dublin Journ. of Medical Science. Mai 1886.*

Es wird ein operativ glücklich behandelter Fall kurz beschrieben. Der Autor constatirt, dass er nicht im Stande war, irgend eine Nachricht über ein ähnliches Resultat aufzufinden. Nachdem vom Unterkieferast eine Incision bis unterhalb des Schildknorpels geführt worden war, wurde ein grosses Stück des Pharynx ausgeschnitten und zwar ein wenig unterhalb des Unterkieferastes beginnend bis zur tiefsten Stelle der Erweiterung. Nun musste der Pharynx hervorgezogen werden, da an seiner unteren Partie eine Tasche existirte, welche nach hinten von dem Oesophagus lag. Diese Tasche hatte ungefähr die Grösse einer Wallnuss und in ihr blieben gewöhnlich die Speisen stecken. Die Ränder des Pharynx wurden durch unterbrochene Nähte vereinigt, hierauf das Muskelgewebe und zuletzt die Haut. M'BRIDE.

## d. Diphtheritis und Croup.

42) **Cadet de Gassicourt** (Paris). **Croupbehandlung nach der Delthil'schen Methode. (Traitement du croup suivant la methode du Docteur Delthil.)** *Soc. médic. des hôpitaux de Paris. Semaine médic. 19. Mai und in Union méd. 20. Mai 1886.*

Der Autor erstattet Bericht, wie er in einer früheren Sitzung (s. Jahrgang II. des Centralblattes, S. 502) versprochen hatte, über die Delthil'sche Methode (über letztere s. Centralblatt. Jahrg. I, S. 356 und Jahrg. II., S. 66).

Diese Methode löse durchaus nicht die Membranen und mache nicht die Tracheotomie unnöthig. Sie erzeuge dagegen bei den Kranken viel häufigere Husten- und Erstickungsanfälle wie sie sonst statthaben. Ferner verstopfe sie die Trachealcanule mit Kohlentheilchen, die zuvor in den Bronchien abgelagert worden waren. — Daher sei diese Methode zu verwerfen. E. J. MOURE.

43) T. B. Greenley. **Pseudomembranöser Croup. (Pseudo-membranous croup.)** *American Practitioner and News. 29. Mai 1886.*

Der Autor hält die Diphtherie und den membranösen Croup nicht für identisch. Calomel und Ammon. mur. scheinen seine Lieblingsmittel zu sein. Es werden 7 Fälle mit 2 Todesfällen berichtet. LEFFERTS.

44) T. J. Müller. **Pseudomembranöse Laryngitis. (Pseudo-membranous laryngitis.)** *Kansas City Medical Index. April 1886.*

Bericht über einen glücklich verlaufenen Fall, der mit Pilocarp. mur., Stimulantien und dem durch Verbrennen von gleichen Theilen Fichtentheer und Terpentin im Krankenzimmer entwickelten Dampf geheilt wurde. LEFFERTS.

45) Northrup. **Diphtheritischer Croup. (Diphtheritic croup.)** *N. Y. Med. Journ. 30, Januar 1886.*

Das Präparat zeigt eine weite Verbreitung der Membran beim membranösen oder diphtheritischen Croup. Das Exsudat fand sich nicht nur in den grösseren Bronchien, sondern erstreckte sich auch bis auf einen halben Zoll von der Basis der Lunge. Bei Durchsicht der Register des Foundling Asylum in Newyork fand N. bei 61 Todesfällen von Larynxdiphtherie oder membranösem Croup die Ausdehnung der Membranen angegeben. Sie erstreckten sich vom Pharynx bis in die feinsten Bronchien bei 22 Fällen; vom Pharynx bis zur Bifurcation der Trachea in 2 Fällen; vom Larynx bis zur ersten Theilung der Bronchi in 21 Fällen, bis zur vierten Theilung in 3 Fällen; endlich über Pharynx und Trachea in 2 Fällen. In 49 Fällen war der Croup das erste Symptom; in 12 Fällen zeigte sich die Membran zuerst im Pharynx. Pneumonie zeigte sich bei 44 Fällen.
LEFFERTS.

46) R. E. Glover. **Fälle von membranösem Croup. (Cases of membranous croup.)** *Kansas City Medical Record. März 1886.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

47) J. A. de Armond. **Membranöser Croup. (Membranous Croup.)** *Philad. Med. et Surg. Reporter. 10. April 1886.*

Nichts Neues. Verfasser zieht gegen den heroischen Gebrauch von Calomel zu Felde. LEFFERTS.

48) E. Sacchi. **Fünf Fälle von Tracheotomie bei Croup. (Cinque casi di tracheotomia per croup.)** *Salute. XI—XII. 1886.*

Zwei Tracheotomien wurden nach der gewöhnlichen Methode ausgeführt, drei mit einem von Caselli angegebenen Instrument. Zwei Kinder genasen, drei starben. KURZ.

49) **Alexander Hadden. Tracheotomie bei Croup. (Tracheotomy in Croup.)** *N. Y. Medical Record. 19. Juni 1886.*

Die Arbeit stützt sich auf die Geschichte von 12 Fällen, bei welchen die Tracheotomie ausgeführt worden war. Die Behandlung bestand, abgesehen von der Operation, in der Application von Ferr. sulf. und Glycerin auf die Schleimhaut der Trachea an der Incisionsstelle, von gelöschtem Kalk im Zimmer; in einigen Fällen wurde eine schwache Bromlösung angewandt. In den diphtheritischen Fällen war die Behandlung von Anfang an eine stimmulirende. LEFFERTS.

50) **Geo F. Shrady. Zwei Tracheotomien an demselben Tage und bei einer Familie. Eingiessen von Kalkwasser in die Trachealwunde zur Beförderung der Expectoration. (Two tracheotomies on the same day in one family. — Lime water poured into tracheal wound to assist expectoration.)** *N. Y. Medical Record. 19. Juni 1886.*

Der Titel erklärt den Inhalt. LEFFERTS.

51) **P. Pieniaczek** (Krakau.) **Ueber die Behandlung der nach ausgeführter Tracheotomie vorkommenden Verstopfung der Trachea und Bronchien durch Croupmembranen. (O postepowaniu przy zatkaniach tchawicy i oskrzeli, przez blony rzekome, wyst ep ujacych w przebiegu krupu po tracheotomii.)** *Pregl. lekarski. No. 29. 1886.*

Zwei Typen sind hier zu unterscheiden: 1. Die leichte Form. Sie wird characterisirt durch das Verschontbleiben der Mucosa des unteren Trachealtheiles von croupösen Auflagerungen. Durch Dampfinhalationen muss in solchen Fällen der Ansammlung und Austrocknung des schleimig-eitrigen Secrets entgegen gewirkt werden. 2. Die schwere Form: Es bilden sich Pseudomembranen in solcher Menge, dass die Trachea unterhalb der Canüle verstopft wird. Bei weiter Trachea, also bei älteren Kindern, erfolgt die Ansammlung an der Bifurcation, bei enger Trachea am Ende der Canüle. Indicirt sind alsdann: Brechmittel, Inhalationen von Wasserdämpfen, resp. Pulverisation, Einträufelungen in die Trachea, um Husten zu erregen, oder Reizung der Trachealschleimhaut mit einer Feder.

Zur Inhalation wendet P. an: Natr. boric.. Aq. calcis, Acid. lactic. v. boricum, Resorcin, ohne irgend welchem dieser Mittel einen besonderen Werth zuzuschreiben, da sie nur zum Husten reizen und dadurch die Membranen herausbefördern sollen. Wird durch Anhäufung derselben die Canüle verstopft, so muss dieselbe entfernt werden, was gewöhnlich die Ablösung der Membranen erleichtert. Geschieht dies nicht und treten Suffocationserscheinungen auf, dann ist die mechanische Entfernung absolut indicirt.

Dies geschieht mittelst elastischer, resp. der Nelaton'schen weichen Catheter, oder der Weinlechner'schen Röhren, doch sind die ersteren ihrer Biegsamkeit wegen vorzuziehen. Durch schräges Abschneiden des abgerundeten Endes wird die Ablösung der Membranen von der Schleimhaut erleichtert. Auch die lange König'sche Canüle kann, um die Passage der Luft zu erleichtern, von Nutzen sein. Nach Einführung der Röhren werden die Membranen aspirirt, entfernt, nöthigenfalls die künstliche Respiration eingeleitet. Es lassen sich auf diese

Weise die bis zur Bifurcation herabsteigenden Membranen entfernen. Steigen dieselben bis in die Bronchien, so erweist sich dieses Verfahren als unzureichend, dann muss zur Schrötter'schen Kehlkopfpincette Zuflucht genommen werden. Sie wird durch die Wunde eingeführt und zwar so, dass die Branchen von vorn nach hinten sich bewegen, um eine Verletzung des Bifurcationskeiles zu vermeiden. — Bei entsprechender Lagerung des Kindes hat P. aus den Bronchien in einigen Fällen Croup-Membranen entfernt, der tödtlichen Asphyxie vorgebeugt und die Patienten gerettet. Um die stenosirte Stelle aufzufinden, benutzt P. die kurzen Zaufal'schen Trichter, die bei stark nach hinten gestrecktem Halse eine Besichtigung der tieferen Trachealtheile erlauben. Je tiefer die Membranen ihren Sitz haben, desto grössere Vorsicht erheischt die Manipulation mit der Pincette, um Verletzungen zu vermeiden. Die künstliche Respiration wird angewandt, wenn die Dyspnoe trotz der Entfernung der Membranen fortbesteht. Dieses Verfahren ist natürlich bei Zeichen von Blutvergiftung absolut nutzlos und nur in entsprechenden Fällen zu versuchen. HERING.

52) **Garré (Basel). Zur Verhütung der Infection bei Aspiration diphtheritischer Membranen aus der Trachea.** *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 11. 1886.*

Verf. hat mit Erfolg versucht, den Katheter selbst oder ein mit demselben verbundenes, an einer Stelle verengtes Glasröhrchen nahe der Mündung mit einem Wattepfropf zu versehen, welcher als Bacterienfilter dient. JONQUIÈRE.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

53) **Charcot. Die hysterische Stummheit. (Le mutisme hystérique).** *Gazette des hôpitaux. 22. Juni 1886.*

Diese Affection ist characterisirt durch eine Reihe von Begleiterscheinungen, so dass diese Art Stummheit nicht leicht simulirt werden kann. Sie betrifft ebenso das männliche wie das weibliche Geschlecht, den im jugendlichen Alter Stehenden ebenso wie den Erwachsenen. Die Stummheit beginnt plötzlich, oft durch eine heftige Gemüthsbewegung veranlasst, und sie verschwindet manchmal ebenso plötzlich, wie sie gekommen. Die Wiedergewinnung der Sprache erfolgt bisweilen aber übergangsweise, nachdem der Kranke eine Phase des Stotterns mitgemacht hat. Zu den Ursachen muss man unter Anderem auch ganz leichte Laryngitiden zählen. Ein wichtiger Punkt dieser Stummheit ist der, dass keinerlei Paralyse der Zunge, der Lippen etc. vorliegt, sondern dass dem Kranken die Fähigkeit abgeht, die für die Articulation der Sprache nothwendigen Bewegungen zu erzeugen. Darin unterscheidet sich diese Affection von der Aphasie, bei welcher die Kranken noch einige Silben gut zu articuliren vermögen. Die Aphasischen sind aber auch worttaub und haben sehr oft auch das Schreibvermögen verloren.

Ch. betont die Wichtigkeit diese Affection zu erkennen, um nicht bei Soldaten oder Gefangenen Simulation anzunehmen, wo es sich um hysterische Stummheit handelt. E. J. MOURE.

54) **G. Jelgersma. Ein Fall von Aphasie. (Een Geval van Aphasie.)** *Weekblad van Het Nederlandsch Tijdschrift. Voor Geneeskunde. No. 19. 1886.*

Der früher syphilitisch inficirte Patient wurde im April 1884 wegen heftiger Kopfschmerzen und epileptischer Anfälle aufgenommen. Es wurde links von der Medianlinie auf dem Schädel eine Einsenkung constatirt, ungefähr auf der Höhe des Sulcus Rolandi; sodann wurden rechtsseitige epileptische Anfälle (Jacksonsche Epilepsie) beobachtet.

Am 10. August 1885 stellte sich ein apoplectiformer Anfall ein, welcher neben andern Erscheinungen Aphasie hinterlässt. Der Autor giebt nun eine eingehende Beschreibung der vorhandenen Sprachstörungen, wobei die vorhandene partielle Dementia die Beurtheilung bedeutend erschwert; er sucht die Symptome schematisch zu veranschaulichen und kommt endlich zu dem Schluss, dass es sich um eine „atactische Aphasie" handle, welche ziemlich wahrscheinlich auf einer Herderkrankung der Broca'schen Windung und vielleicht auch eines Theils der Insula Reilii beruhe.

Gute Beobachtung; leider fehlt die Autopsie. BAYER.

55) **William Massey. Hysterische Aphonie. (Hysterical aphonia.)** *Maryland Medical Journal. 12. Juni 1886.*

M. berichtet einen Fall, welcher nach der Methode behandelt wurde, wie sie in Flint's Practice of Medicine empfohlen wird: Alcohol bis zur Intoxication. Am anderen Morgen war Patient geheilt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **Cadet de Gassicourt. Laryngitis stridulosa. (Laryngite striduleuse.)** *Soc. médico-pratique, 22. März und Union méd. 17. April 1886.*

C. berichtet über 3 Fälle von obiger Affection, von denen 2 die Tracheotomie nöthig machten. In einem anderen Falle wurde die Canüle 8 Jahre belassen, da heftige spasmodische Anfälle eintraten, so oft man sie entfernen wollte.

In der darauf folgenden Discussion bemerkt Ory, gute Erfolge von Clysmen mit Asa foetida und Bromkali gesehen zu haben.

Huchard empfiehlt grosse Dosen von Bromkali bei dieser Affection.

C. theilt diese Ansicht und meint, dass man Aetherinjectionen hinzufügen könnte. E. J. MOURE.

57) **J. S. Whittaker. Laryngospasmus bei Rhachitis. (Spasme of larynx in rickets.)** *Medical News, Philadelphia. 26. Juni 1886.*

W. constatirte, dass, wiewohl der Zusammenhang zwischen Rhachitis und Laryngospasmus wahrscheinlich dem Auditorium, an das er sich wende, wohl bekannt sein werde, die amerikanischen Aerzte im Allgemeinen demselben nur eine geringe Wichtigkeit beilegen. Er sei zu diesem Schluss gekommen, nachdem er einige der populäreren Handbücher, welche in Amerika und England im Gebrauch sind, daraufhin durchgesehen habe. Im Gegensatz hierzu weist er auf den grossen Raum hin, den dieser Gegenstand in deutschen medicinischen Werken einnimmt.

Das Auftreten von Laryngospasmus bei jungen Kindern genügt an sich schon, um den Verdacht auf Rhachitis zu erregen, selbst wenn die gewöhnlichen Zeichen dieser Krankheit fehlen, oder schwer zu entdecken sind. Der Krampf

wird mehr in den früheren Stadien dieser Krankheit beobachtet, tritt häufiger in der acuten und schnell vorwärtsschreitenden Form auf. Andrerseits kann jeder Krampfanfall fehlen, sobald die Krankheit sich mehr allmälig entwickelt.

Der Versuch, die Pathologie der Rachitis festzustellen, bietet Schwierigkeiten dar. Hohe Breiten und grosse Höhen scheinen eine Immunität zu bilden trotz unhygienischer Umgebung und schlechter Nahrung. Whittaker scheint sich der Ansicht zuzuneigen, dass diese Krankheit zu den Infectionskrankheiten zu rechnen sei. Der Charakter der Krämpfe ist tonisch und primär. Sie können zu jeder Tageszeit auftreten und können durch irgend einen Reiz, wie Lachen, Schreien und Schlucken hervorgerufen werden. Eine locale Läsion brauchte dabei nicht zu bestehen. Die Allgemeinbehandlung wird am besten auf die Rhachitis gerichtet; sobald diese sich bessert, werden die Krämpfe schwächer und hören ganz auf. In Fällen dieser Art hält W. starke Schläge auf die Haut für das einzige Heilmittel. Die Tracheotomie habe keinen Nutzen: Anaesthetica seinen nutzlos mit Rücksicht darauf, dass das Kind während des Krampfes nicht athmen kann, und sobald es athmen kann, ausser jeder Gefahr ist. LEFFERTS.

58) **R. Guaita** (Mailand). **Der symptomatische Glottiskrampf bei Magen-Darmstörungen. (Le spasmo della glottide sintomatico di disturbi gastrointestinali.)** *Archivie di Patologia infantile. No. 3. 1886.*

G. führt den symptomatischen Glottiskrampf auf Reizungen des Vagus und seiner Verzweigungen in den Verdauungsorganen zurück. Folgen 6 Fälle von solchem reflectorischen Spasmus. KURZ.

59) **Guerder. Behandlung des Keuchhustens durch Einblasen von medicamentösen Stoffen in die Nasenhöhle. (Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales de poudres médicamenteuses.)** *Concours méd. 12. Juni und Courrier méd. 10. Juli 1886.*

Den parasitären Ursprung des Keuchhustens voraussetzend, versuchte G. Einblasungen eines feingepulverten Gemisches von gleichen Theilen von Borsäure und gebranntem Kaffee. Er giebt an, damit in wenigen Tagen die Zahl und Heftigkeiten der Hustenanfälle vermindert zu haben. War die Affection erst im Beginn, so trat Heilung in 8—14 Tagen ein. E. J. MOURE.

60) **Bachem** (Bonn). **Ueber die Behandlung des Keuchhustens mittelst Einbla sungen von Chinin durch die Nase.** *Centralbl. f. klin. Med. No. 24. 1886.*

In 16 so behandelten Fällen (0,2 einer Mischung von 3 Theilen Chinin. mur. zu 1 Theil Gummi mim.) trat wesentliche Abkürzung der Krankheit und Heilung in 3—4 Wochen ein. SCHECH.

61) **Hischmann. Paralyse der Crico-arytenoidei postici. Lungentuberculose. Tabes dorsalis. (Paralysie des muscles crico-arytenoidiens postérieurs. Tuberculose pulmonaire. Tabes dorsalis.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. Mai 1886.*

Die 43jährige mit ausgesprochenen Symptomen von Tabes und Lungentuberculose belastete Frau war plötzlich aphonisch geworden und hatte dabei heftige Dyspnoe. — Bei der laryngoskopischen Untersuchung wäre eine Paralyse der

Crici-arytenoidei postici zu constatiren gewesen, indem die Stimmritze bei tiefer Inspiration höchstens 1—2 mm breit klaffte.

H. glaubt, diese Paralyse eher der tabischen, als der tuberculösen Affection zuschreiben zu dürfen.

Ueber die Ursache der Aphonie verlautet nichts. E. J. MOURE.

62) **Gouguenheim** (Paris). **Einige Betrachtungen über die sogenannte Paralyse der Glottisöffner. (Quelques reflexions à propos de l'affection dite paralysie des dilatateurs de la glotte.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. Januar 1886*

Anknüpfend an einen Fall von Tuberculose bei einem 42jährigen Manne, der Suffocationserscheinungen darbot und bei welchem er eine Compression des Recurrens durch hypertrophische Lymphdrüsen annahm, spricht G. von Neuem sich dahin aus, dass die Compression des Recurrens nicht eine Paralyse der Abductoren, sondern eine Contractur der Adductoren zur Folge habe.

E. J. MOURE.

63) **Barrs** (Leeds). **Labio-Glosso-Laryngeal-Paralyse. (Labio-glosso-laryngeal-paralysis).** *Lancet. 13. Februar 1886.*

Patient, ein Mann von 39 Jahren, kam mit der Klage über näselnde Sprache und mässige Schlingbeschwerden. Die Beweglichkeit der Lippen und des Gaumens fand sich vermindert, und die Nahrung gelangte in die Nase. Die Zunge war nicht betheiligt. Anamnestisch war weder Syphilis, noch Diphtherie, noch Bleivergiftung zu constatiren.

Einen Monat später hatten sich die Symptome verschlimmert, und es bestand ein Tremor der Zunge, welche jedoch noch normal weit hervorgestreckt werden konnte.

Zwei Monat später war die Kraft im linken Daumen verloren, nach einem weiteren Monat war deutlicher Schwund der Muskeln beider Hände, besonders links, vorhanden. Die electrische Reaction war normal.

Vier Monate nachdem Patient zum ersten Mal gesehen worden, war die Articulation völlig undeutlich geworden. Die Phonation unverändert, die Stimmbänder normal beweglich, die Lippen paretisch, die Zungenspitze konnte nur bis über die Zähne gebracht werden; die linke Hand wurde klauenförmig, die Sehnenreflexe waren verstärkt. B. meint, dass der Fall sich zu einer amyotrophischen Lateralsclerose entwickeln dürfte. A. E. GARROD.

64) **Jens Schou** (Kopenhagen). **Ueber die Behandlung der traumatischen Vagusläsionen durch permanente Tamponade der Trachea. (Om Behandlingen af de traumatiske Vagusläsioner med permanent Tamponade af Trachea.)** *Nordisk medecinsk Archiv. B. XVIII. No. 5. 1886.*

Verf. kommt durch seine Untersuchungen zu folgenden Resultaten: Ist man sich bewusst, dass der Vagus oder Recurrens durchschnitten ist, so muss man gleich zur Tracheotomie und Tamponade schreiten, um eine Schluckpneumonie zu verhindern. Entdeckt man erst einige Zeit nach der Operation, dass eine Larynxparalyse mit consecutiver Schluckpneumonie vorhanden ist, muss man auch so schnell wie möglich tracheotomiren und tamponiren. um das Weitergreifen der Affection zu hindern.

Als Methode der Tamponade zieht der Verf. vor, die Trachea oberhalb der Canüle mit Jodoformgaze oder Carbolgaze auszufüllen. SCHMIEGELOW.

65) **Laffan** (Cashel) **Laryngotomie. (Laryngotomy.)** *Lancet. 17. April 1886.*

L. berichtet den Fall eines Arbeiters, der an Laryngitis litt, wobei plötzlich Symptome von Asphyxie auftraten. Es wurde die Laryngotomie gemacht, gerade rechtzeitig genug, um das Leben des Patienten zu retten, welcher trotz eines Anfalls von doppelseitiger Pneumonie genas. A. E. GARROD.

66) **Richelot** (Paris). **Laryngotomia inter-crico-thyroidea (Laryngotomie inter-crico-thyroidienne.)** *Union méd. 11. April und 9. Mai 1886.*

R. empfiehlt die Laryngotomie im Ligamentum conicum wo nur thunlich anzuwenden, da die Tracheotomie beim Erwachsenen nicht wie Trousseau behauptete, eine leichte, sondern eine selbst für den geschicktesten Chirurgen mitunter schwerere Operation ist. Verf. hat die Laryngotomie in 5 Fällen (4 Fälle von Tumoren des Zungengrundes und des Rachens und 1 Fall von syphilitischer Kehlkopfverengerung) mit Erfolg angewendet. Die Incision erstreckt sich vom Pomum Adami bis zum Vorsprung des Ringknorpels. Man dringt mit einem Messerzug bis zur Membran vor. Hierauf wird diese durchstochen und die Krishaber'sche Canüle à bec, die einen Dilatator unnöthig macht, eingeführt.

Die Operation vollzieht sich viel rascher und leichter als die Tracheotomie und giebt zu keiner ernsteren Blutung Anlass. Gewöhnlich genügt der inter-crico-thyreodale Raum zur Einführung einer Canüle unter 10 Mm., nur selten hat man es nöthig, den Ringknorpel zu spalten.

Das Bistouri ist bei der Operation dem Thermokauter vorzuziehen. Folgeerscheinungen (Trachealgeschwüre, Deglutitionsbeschwerden) treten nicht auf. E. J. MOURE.

67) **Boursier** (Bordeaux). **Laryngotomie inter-crico-thyroidienne.** *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux. 25. April 1886.*

B. berichtet, dass er mit dem Ref. den von Letzterem vorgestellten Fall von Atresia pharyngo-laryngea tracheotomirt habe. Es wurde die Laryngotomia intercrico-thyroidea ausgeführt. Es musste aber auch der Ringknorpel gespalten werden. E. J. MOURE.

68) **G. W. Holcomb. Drei Fälle von Tracheotomie. (Three cases of tracheotomy.)** *St. Louis Cour. Med. XV. p. 125. 1886.*

Nichts Bemerkenswerthes. LEFFERTS.

69) **H. H. Hanson. Ein Fall von Tracheotomie bei einem Neugeborenen. (A case of tracheotomy in a neonatus.)** *Boston. Med. Surg. Journ. CXIV. p. 105. 1886.*

Nachdem 35 Minuten lang erfolglos die künstliche Respiration gemacht worden war bei einem Kinde, das nach protrahirten Wehen geboren wurde (der Kopf wurde geboren und 30 Minuten fixirt, die Fontanellen pulslos, Cyanose, Nabelschnur um den Hals geschlungen, keine Schulterdrehung), stiess Hanson einen Troicar und Canüle in die Trachea und blies durch letztere die Lunge auf und zwar 15 Minuten lang. Hierauf wurde die künstliche Respiration wieder aufgenommen und das Kind vollständig hergestellt. LEFFERTS.

70) **Edmond Souchon. Ein Fall von Tracheotomie nach eingetretenem Tode; Wiedererweckung des Patienten. (A case of post-mortem tracheotomy with resuscitation of the patient.)** *New Orleans Med. et Surg. Journ. April 1886.*

Bronchitis mit Glottisoedem (sic.), Kind im Sterben, Tracheotomie. Künstliche Respiration; Tod zwei Tage später an Bronchopneumonie.

LEFFERTS.

71) **Lucius Spengler** (Zürich). **Ein Fall von Tracheotomie bei Hämoptoe.** *Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 11. 1886.*

Die Patientin, eine ziemlich vorgerückte Phthisica auf der medicinischen Klinik in Zürich, wird gleich im Beginn einer starken Lungenblutung bewusstlos und zeigt alle Symptome von Asphyxie. Die sofort ausgeführte Tracheotomie und Aspiration von ca. 50 Ccm. Blut bringt die Kranke rasch wieder zum Bewusstsein und freien Athmen. Dieselbe stirbt jedoch schon nach vier Tagen, zwar ohne Erscheinungen von Tracheostenose, aber in cyanotischem Zustande mit ziemlich hohen Temperaturen.

Die Autopsie ergiebt neben der Lungentuberculose eine eitrige Infiltration des Mediastinums, welche bis an das untere Ende der Trachealwunde heraufreicht und von dieser ausging.

Es wird trotz dieses ungünstigen Ausganges Niemand die Richtigkeit der Behauptung des Verf.'s bestreiten, dass in ähnlichen Fällen wie in diesem der Luftröhrenschnitt angezeigt sei.

JONQUIÈRE.

72) **G. Lewin** (Berlin). **Vorstellung einer Patientin, die seit 24 Jahren eine Trachealcanüle trägt.** *Berl. Klin. Wochenschr. No. 4. S. 64. 1886.*

Die Patientin wurde im Charité-Verein vorgestellt. Sie hat ein Trachealfibroid und befindet sich mit ihrer Canüle so wohl, dass sie jede weitere Operation ablehnt. Die Tracheotomie wurde damals mit einem besonderen Instrument ausgeführt, dessen Canüle aus zwei federnden Branchen besteht, zwischen denen das Bistouri eingeführt wird.

B. FRAENKEL.

73) **Roswell Park. Eine Tracheotomie-Canüle. (A tracheotomy tube.)** *Philad. Med. News. 22. Mai 1886.*

Die Canüle besteht aus zwei Theilen, welche sich wie die Blätter eines zweiblättrigen Ohrenspiegels an einander schliessen, wird, an der Spitze mit einer kleinen Olive versehen, geschlossen eingeführt und dann getrennt, worauf der Pilot herausgezogen wurde. Der Hauptvortheil, den dieses Instrument bietet, ist die Leichtigkeit, mit welcher es gereinigt werden kann.

LEFFERTS.

74) **E. Souchon. Ein Hülfsmittel um die Trachea bei der Tracheotomie nach oben zu ziehen und zu fixiren. (A process for raising and steadying the trachea in tracheotomy.)** *New Orleans Med. and Surg. Journ. XIII. p. 357. 1885/86.*

Ein starker Haken wird fest in das Ligam. cricothyreoid. medium oder den ersten Ring der Trachea eingeführt. Letztere wird hierauf nach vorn und oben gezogen.

LEFFERTS.

75) **A. Béal. Studie über eine seltene Complication der Tracheotomie. [Mediastinitis anterior suppurativa.] (Etude sur une complication rare de la trachéotomie, [Médiastinite antérieure suppurée]).** *Thèse. 16. Januar. 1886.* Paris bei A. Parent.

Es wird die Krankengeschichte und Sectionsbefund von 3 tracheotomirten Kindern erzählt, bei denen Eiterung des vorderen Mediastinalraumes, peritracheale Abscesse und einseitige oder doppelseitige serös-eitrige Pleuritis als Folge von mühselig ausgeführten und mit Hautemphysem begleiteten Tracheotomien aufgetreten waren.

Es werden analoge Fälle aus der Literatur zusammengestellt und zum Schlusse wird ein Krankheitsbild dieser seltenen Complication entworfen.

E. J. MOURE.

76) **H. Ranke** (München). **Tracheotomie-Resultate bei systematisch durchgeführter Ventilation.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 24. Bd. 3. Heft. 1886.*

Von 54 Tracheotomirten starben 20; es genasen also 63pCt. Diese gegen früher sehr günstigen Resultate glaubt Verf. einestheils der frühzeitigen Vornahme der Operation, anderntheils der Nachbehandlung, der sogenannten „Zweizimmerbehandlung“ zuschreiben zu müssen. Verf. operirt dann, wenn ein Kind heiser oder stimmlos geworden ist, einen oder mehrere Dyspnoeanfälle gehabt hat und auch ausserhalb der Anfälle laryngealen Stridor zeigt. Das operirte Kind wird abwechselnd in zwei Zimmern untergebracht, die gut gelüftet und mässig erwärmt werden; der Wechsel der Zimmer findet mindestens zweimal täglich statt; die energische Ventilation bezweckt Stärkung der Herzthätigkeit, Steigerung der Widerstandsfähigkeit und Verhütung der Anhäufung des Contagiums. V. errichtete eine eigene „Croupstation“; Croup hält er für Kehlkopfdiphtherie. Innerliche Medicamente werden möglichst sparsam verwendet, höchstens Excitantia bei Herzschwäche Ol. camphor., Wein, Aether; als Nahrung Suppe und Milch. Lokal begnügt er sich mit Gurgelungen, eventuell Bepinselungen schwacher bis 3proc. Carbollösungen. Die Operation wird in Narcose vorgenommen; um die Trachea nach ihrer Eröffnung klaffend zu erhalten, benutzt er ein verändertes Langenbeck'sches Tenaculum, dessen Branchen stumpfer und breiter gemacht wurden; die Pflege der Tracheotomirten muss unbedingt geschulten Wärterinnen übergeben werden; zur Entfernung und Lockerung der äusserst zähen Secrete beständiger Wasserspray; für Kinder von 1—5 Jahren beträgt das Lumen der inneren Canüle 5 Mm., für Kinder von 5—8 Jahren 6,25 Mm. Die Canüle muss sobald als thunlich entfernt werden. Albuminurie hatten von 45 Knaben 39, also 86pCt.; das Verschlucken durch mangelhaften Verschluss des Kehlkopfes war bei 22pCt. vorhanden. Den Schluss der Arbeit bildet eine sorgfältig ausgeführte Tabelle.

SCHECH.

77) **Voltolini. Ueber die Operation einer zugewachsenen Luftröhre mit Verstellung des Kranken.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3. 1886.*

Die nach einem Messerstich in den Hals entstandene Stenose, die nach hinten zu einen kleinen schmalen Spalt übrig liess, wurde zuerst mit Cathetern

und Schrötter'schen Canülen erweitert und schliesslich mit dem Galvanocauter durchbrannt. Es folgen dann einige Bemerkungen über die Kunst, sich den Kehldeckel auch ohne Spiegel in Sicht zu bringen und die Schwierigkeit der Tubage unter Leitung des Fingers, ferner über Auswischen des Kehlkopfes mit dem Schwamm, bei Croup und Diphtherie und die Anwendung der Electrolyse im Kehlkopf mit Demonstration eines Instruments. SCHECH.

## f. Schilddrüse.

78) **Rupert C. Chicken** (Nottingham). **Ein Fall von Exstirpation einer Schilddrüsencyste.) (A case of excision of thyroid cyst.)** *Brit. Med. Journ. 26. Juni* 1886.

Ch. berichtet den Fall einer jungen, 29jährigen Frau, bei welcher er eine Schilddrüsencyste exstirpirt hatte. Der Tumor war in der Mitte gelegen, gleichmässig abgerundet und elastisch; er verschwand hinter dem linken Sternomastoideus, sobald die Patientin sich niederlegte und war beim Schlucken frei beweglich. Es wurde in der Mitte eine Incision abwärts durch die Fascie des Tumors gemacht, uud derselbe mit dem Finger von dem benachbarten Gewebe getrennt. Alles, was die Trennung hinderte, wurde unterbunden und gespalten. Der Tumor hatte die Dicke einer kleinen Orange und die Basis hatte die combinirte Breite des Daumens und Zeigefingers. Eine starke, doppelte Seidenligatur wurde durch die Basis gelegt und der Stiel in zwei Hälften unterbunden. Die Ligaturen wurden absichtlich lang gelassen. Die Wunde wurde mit aseptischem Schwamm ausgefüllt und geschlossen. Die Ligaturen des Stiels hielten 11 Wochen fest; sie wurden dann in der Narcose mit einem feinen Tenotom entfernt. Die Wunde heilte schnell. Es zeigten sich keine schlimmen Symptome.

In seinen Bemerkungen hierzu empfiehlt Ch. dringend die Exstirpation solcher Neubildungen und betont die Vortheile obiger Methode, da sie die Gefahren der Operation auf ein Minimum reducirt. A. E. GARROD.

79) **George Rodman** (Oxford). **Ein Fall von Exstirpation der Schilddrüse. (A case of excision of the thyroid gland.)** *Lancet. 1. Mai 1886.*

R. berichtet über eine Operation, die Mr. Symmonds bei einer jungen Frau von 20 Jahren ausgeführrt hatte. Der Zustand der Patientin während der Operation gebot, die Exstirpation der linken Hälfte der Drüse aufzuschieben. Sie wurde einen Monat später ausgeführt. Der Isthmus der Drüse wurde zurückgelassen, in der Idee, die Gefahren des Myxoedems dadurch zu vermindern. Nach der zweiten Operation trat Aphonie und stridulöses Athmen, anscheinend hysterischer Natur, auf. A. E. GARROD.

80) **C. E. Abbot** (Braintree). **Ein Fall von Myxoedem. (A case of myxoedema.)** *Brit. Med. Journ. 26. Juni 1886.*

Nichts Neues. A. E. GARROD.

## g. Oesophagus.

81) **Monnier. Oesophagusepitheliom. Tod durch Inanition. Obduction. Abnormale Lagerung des Magens, interessant mit Rücksicht auf den Magenschnitt. (Epithéloma de l'oesophage; mort par inanition autopsie. Disposition anormale de l'estomac, intéressant au point de vue de la taille stomacale.)** *Société anatomique 22. Januar in Progrès méd. 13. März 1886.*

Der Magen war derart gelagert, dass man bei eventueller Ausführung des classischen Einschnittes nicht auf ihn sondern auf das Ursprungsstück des Duodenums gestossen wäre. Sonst war der Fall ein typischer. E. J. MOURE.

82) **T. S. K. Morton. Krebs des Oesophagus. (Cancer of the oesophagus.)** *N. Y. Journ. 30. Januar 1886.*

Bei der Obduction des Falles fand man einen Scirrhus, der das untere Drittel des Oesophagus einnahm und sich bis in den Magen erstreckte. Das Lumen des Oesophagus war nicht verkleinert. Die Retroperitonealdrüsen waren ergriffen, ebenso ein wenig der Kopf des Pancreas. Zahlreiche metastatische Knoten fand man zerstreut in der Leber und im Magen. LEFFERTS.

83) **P. Price** (London). **Oesophaguscarcinom. (Malignant disease of the oesophagus.)** *Brit. Med. Journ. 9. Januar 1886.*

Demonstration des Präparates vor der Path. Soc. of London am 5. Jan. 1886. Bemerkenswerth nur die bedeutende Vergrösserung der oberflächlich gelegenen Lymphdrüsen. SEMON.

84) **Frank Graves. Epitheliom des Oesophagus. (Epithelioma of the oesophagus.)** *Philad. Med. News. 30. Januar 1886.*

Es bestand eine Strictur des Oesophagus, 12 Ctm. lang. Beide Recurrentes waren betheiligt und die Abductoren beider Stimmbänder gelähmt. Zur Hebung der Dyspnoë wurde die Tracheotomie ausgeführt. Es trat Tod durch Erschöpfung in Folge von Dysphagie ein. LEFFERTS.

85) **E. G. Janeway. Epitheliom des Oesophagus. (Epithelioma of the oesophagus.)** *N. Y. Journal. 23. Januar 1886.*

Das Präparat zeigte ein Epitheliom von 12 Ctm. Länge, welches an der vorderen Partie des Oesophagus sass, und durch Druck auf beide Nerv. recurrentes eine Paralyse der Stimmbänder herbeigeführt hatte. Das Schlingen war gestört, und Patientin war an Erschöpfung gestorben. Es fanden sich disseminirte Krebsknoten in den Lungen, den Bronchialdrüsen und der Leber. Am meisten Interesse bot die relativ seltene Betheiligung der beiden Recurrentes dar. LEFFERTS.

86) **Mikulicz** (Krakau). **Ein Fall von Resection des carcinomatösen Oesophagus mit plastischem Ersatze des excidirten Stückes.** *Prager medic. Wochenschrift. No. 10. 1886.*

Nach kurzer Besprechung der einschlägigen Literatur giebt M. die Krankengeschichte seines Falles. Einer 50jährigen Frau exstirpirte er am 10. Juni 1884 nach Tamponade der Trachea mit Jodoformgaze ein 5 Ctm. langes Stück des

Oesophagus, und entliess die Kranke nach 36 Tagen mit einer für den kleinen Finger durchgängigen Fistel. 4 Monate später wurde dieselbe plastisch durch Haut geschlossen, so dass die Kranke durch 3 Monate gut schlingen konnte; Speiseröhre für Sonde No. 22 durchgängig; Ende Januar 1885 Recidiv an der hinteren Kehlkopfwand, welchem sie am 2. Mai erlag. CHIARI.

87) **N. Weljaminow** (Petersburg). **Sechs Fälle von Gastrostomie bei Carcinoma oesophagi. (Schest slutschajew gastrostomii pri rakowom suschenii pischewoda.)** *Chirurg. westu. Mai und Juni 1885.*

Mittheilung von 6 Fällen von Gastrostomie. In 4 Fällen wurde der Magen sofort eröffnet und in einem Falle 3 Tage nach dem Einnähen der Magenwand in die Bauchwunde. Im sechsten Falle wurde statt des Magens das Colon transversum eingenäht und eröffnet. 2 Monate später wurde bei demselben Patienten das Darmstück von der Bauchwand losgelöst, vernäht und in die Bauchhöhle versenkt, die Magenwand aber in die Bauchwunde eingenäht und 12 Tage später eröffnet. 6 Tage nach der letzten Operation starb Patient an Lungengangrän, in Folge von Durchbruch des Carcinoms in die Bronchien. Von den anderen Operirten starben ein Patient am 15. Tage und die übrigen 4 zwischen dem 3. und 9. Tage nach der Operation.

Verf. hält diese Operation beim Carcinoma oesophagi für vollkommen berechtigt; die Chancen der Operation sind desto besser, je früher operirt wird. Die Operation ist contraïndicirt bei Complicationen von Seiten der Lungen und bei allzugrosser Schwäche des Patienten. LUNIN.

88) **A. Knie** (Moskau). **Gastrostomie bei Krebs der Speiseröhre. (Gastrostomia pri rake pitschewoda.)** Klinische Beobachtungen aus dem chirurg. Hospital von **Dr. A. Knie in Moskau.** *I. 1886.*

In den letzten 5 Jahren hat Knie 27 Fälle von Oesophagus-Krebs zu Gesicht bekommen, von denen 17 stationär und 10 ambulatorisch behandelt wurden. Von den 27 Kranken waren 25 Männer und 2 Frauen. Die Strictur sass 8 mal im oberen, 10 mal im mittleren und 9 mal im unteren Drittel. 13 mal wurde die Gastrostomie gemacht, 10 mal mit glücklichem und 3 mal mit unglücklichem Ausgange. 2 mal musste die Tracheotomie und 1 mal die Laparotomie gemacht werden. Von den glücklich verlaufenden Fällen überlebten die Operation ein Patient 5 Monate, einer 6 Monate, einer $8^1/_2$ Monate und drei 9 Monate. Von den anderen vier waren noch am Leben 1 Monat nach der Operation einer, 2 Monate einer, 4 Monate einer und einer 5 Monate nach der Operation. In den unglücklich verlaufenen Fällen starb ein Patient 36 Stunden, einer 8 Tage und einer 12 Tage nach der Operation. Wenn die in den letzten Jahren ausgeführten Gastrostomien bessere Resultate geben, als die früheren, so liegt das zum Theil an der besseren Wundbehandlung, zum grossen Theil aber daran, dass man jetzt den Moment zur Operation günstiger wählt. Sind die Patienten schon sehr herunter gekommen oder liegt ein Verdacht auf eine Perforation der krebsigen Massen in die Lunge vor, so kann die Operation nichts helfen und nun bleibt nur die Ernährung durch Clysmata übrig.

Als ein schlechtes Zeichen fasst Verf. die Schmerzen auf, die ohne Grund auftreten und in den Rücken ausstrahlen. Operirt man einen solchen Kranken, so geht es ihm einige Tage nach der Operation ganz gut, bald stirbt er aber an allgemeiner Schwäche und die Section ergiebt in diesen Fällen fast immer eine Pneumonie in Folge von Perforation. Die beständige Rückenlage nach der Operation und die Operation selbst mögen das ihrige zum letalen Ausgange beitragen.

Ebenso wenig will Verf. die Patienten operiren, bei denen der Oesophagus wenigstens theilweise durchgängig ist, solche Kranke sterben weder am Hungertode, noch in Folge von Perforation, sondern an der sogenannten Krebscachexie. Operiren will Knie nur solche Patienten, die trotz Abmagerung noch einigermassen widerstandsfähig sind, bei denen das Herz gut functionirt, die Lungen frei sind, kein Fieber besteht, der Appetit wenigstens leidlich gut ist, mit einem Worte, von denen man erwarten kann, dass sie die Operation zu ertragen im Stande sind. Obgleich Verf. selbst über das Sondiren keine Erfahrung hat, so spricht er sich doch entschieden gegen dasselbe aus; abgesehen von der Gefahr der Perforation werde der Zerfall der Geschwulst durch die häufigen kleinen Reize begünstigt.

Hinsichtlich der Operationsmethode und der Nachbehandlung müssen wir aufs Original verweisen. LUNIN.

89) **Tage Hansen** (Aarhus, Dänemark.) **Strictura oesophagi, gastrostomia.** *Hospitals-Tidende. p. 206. 24. Febr. 1886.*

40jährige Frau. Vor 1¼ Jahr begann sie an Schlingbeschwerden, Schmerzen in der Gegend der Cardia u. s. w. zu leiden. Die Sondirung wurde schliesslich unmöglich und die Gastrostromie wurde vorgenommen. Die Strictur sass an der Cardia. Die Patientin genas von der Operation, doch erfolgte der Tod ca. 4⅓ Monate später. SCHMIEGELOW.

---

# III. Kritiken und Besprechungen.

## Verhandlungen der laryngologischen Section der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin (18.—24. September 1886).

(Fortsetzung und Schluss.)

### 2. Sitzung: Montag, den 20. September, Nachm. 1 Uhr.

Vorsitzender B. Fränkel.

1. Prof. Exner (Wien): Demonstration über Kehlkopfnerven. Die Demonstration bezieht sich vorwiegend auf den Nervus laryngeus medius, wie ihn Exner im 89. Bande der Wiener academ. Sitzungsberichte beschrieben hat (Centralbl. I. S. 261). Der Nerv wird an anatomischen Präparaten. auch beim Kinde. gezeigt und an einem Kaninchen mit schwachen inducirten

Strömen gereizt. Der Versuch gelingt vortrefflich und können sich die Anwesenden davon überzeugen, dass sich bei Reizung des Nerv. laryng. medius, ebenso wie bei Reizung des Nerv. laryng. superior, der Musculus crico-thyreoideus contrahirt. Herr Exner theilt mit, dass Thiere, denen der Nerv. laryng. medius beiderseits durchschnitten wird, nach wenigen Tagen sterben, und erwidert, auf eine dahin gehende Frage des Herrn Geh.-Rath Gerhardt (Berlin), dass die Erscheinungen, unter denen dieses geschehe, von denen bei Durchschneidung der Nervi laryng. super. beobachteten abweichen. Die Thiere erstickten nämlich nicht, verschluckten sich auch nicht beim Fressen, sie seien vielmehr anscheinend munter, frässen aber nicht und gingen ein. Die Section ergebe nichts Besonderes. Eine Lähmung des Pharynx oder der Bauchmuskeln könne für den Tod nicht verantwortlich gemacht werden, da die diese Organe versorgenden Nerven erhalten seien. In Folge einer Frage des Herrn Dr. H. Krause (Berlin) bemerkt Exner, dass die in Folge der doppelten Innervation des Musc. crico-thyreoid. durch den Nerv. superior und medius naheliegende Vermuthung, dass der eine Nerv ihn für seine Thätigkeit beim Schluckact, der andere ihn für seine Function bei der Stimmbildung innervire, sich nicht bestätigt habe. Nach Durchschneidung des einen der beiden Nerven bleibe vielmehr immer die Reaction für beide Functionen zurück, sowohl für das Schlucken, als für das Schreien.

2. Semon (London): „Abductorparalyse, nicht Adductorencontractur“.

Der Vortragende berichtete über die Resultate neuer, von ihm in Gemeinschaft mit Prof. Victor Horsley, F. R. S., angestellter Beobachtungen und Experimente über Nervenphysiologie des Kehlkopfes und die postmortale Contractilität der Kehlkopfmuskeln, gedachte der Stellung der Stimmbänder während der Todtenstarre, kritisirte den Ausdruck: Cadaverstellung der Stimmbänder, und verbreitete sich dann über die Fehlerquellen des Thierexperiments bei der Entscheidung der Frage, ob die bei organischen, progressiven Läsionen der motorischen Kehlkopfnerven vom Accessoriuskerne abwärts zur Beobachtung kommende Medianstellung des Stimmbandes oder der Stimmbänder als eine primäre Posticusparalyse, später gefolgt von Antagonistencontractur, oder als eine primäre, neuropathische Contractur sämmtlicher vom Recurrens versorgten Kehlkopfmuskeln zu deuten sei. Ohne im Mindesten in Abrede zu stellen, dass gelegentlich, wenn auch selten, eine neuropathische Medianstellung als Reizerscheinung gedeutet werden müsse, hielt der Vortragende für die grosse Majorität aller Fälle auf das Entschiedenste an der älteren Auffassung des Phänomens als einer primären Posticusparalyse fest, und kritisirte an der Hand eigener Versuche und Beobachtungen auf klinischer und pathologisch-anatomischer Basis, sowie auf Grund analoger Vorgänge in anderen Nervengebieten die Krause'schen Arbeiten. — Der Vortrag bildet einen Theil eines grösseren, demnächst erscheinenden Werkes.

Discussion: Krause (Berlin): Die Obductionsbefunde hätten Angesichts der Befunde von Atrophie der Mm. postici bei Immobilisation der Stimmbänder keine Beweiskraft. Die Experimente Semon's seien unvollständig. Ein Faden, welcher durch den Recurrens gezogen werde, treffe nach den Erfahrungen K.'s

gar nicht den Nerven, sondern gehe durch den Nerven und das Neurilemm hindurch. Der darauf folgende frühere Contractilitätsverlust des M. posticus müsse also auf Irrthum beruhen, Die Experimente dürften nicht post mortem, sondern in vivo vorgenommen werden. Es werde möglich sein, wenn Semon's Meinung zutreffend sei, nach Durchschneidung des Recurrens zu eruiren. ob auch dann der M. posticus früher degenerire, als die anderen Muskeln. Diejenigen Fälle, welche für K.'s Meinung sprächen, mehrten sich. Der Gegenstand könne bei der Schwierigkeit der Frage in dieser Versammlung nicht erledigt werden. Trotz aller Differenzen und Bedenken hoffe er, dass sich auf Grund der gemeinschaftlichen Untersuchungen schliesslich eine Verständigung erzielen lasse.

Meschede (Königsberg): Gegen eine generelle Auffassung der Posticuslähmung als Contractur spräche auch die klinische Erfahrung. Er erinnert an einen von ihm in der Berl. klin. Wochenschrift veröffentlichten in Burow's Atlas abgebildeten Fall von beiderseitiger Posticuslähmung, welcher sich allmälig steigernd entwickelt hatte. Der Fall gelangte durch Strychnin-Injectionen zur Heilung. Hätte Contractur vorgelegen, so wäre durch Strychnin wohl eine Verschlimmerung zu erwarten gewesen.

Remak (Berlin) glaubt ebenfalls, dass nur die klinische und pathologisch-anatomische Erfahrung, nicht das Experiment, die Frage entscheiden könne. Wenn die Kehlkopfnerven sich dem einordnen sollen, was sonst in der Neuropathologie von peripherischen Contracturen bekannt wäre, so ist das Vorhandensein einer tonischen Adductorencontractur für längere Zeit allenfalls nur dann möglich, wenn eine reflectorische Genese anzunehmen wäre. Was sonst bekannt wäre von peripherischen Krankheiten sind entweder nur antagonistische Contracturen (auch bei partiellen Lähmungen im Bereich eines Nervenstammes), oder indurative Vorgänge nach Myositis in Folge von degenerativer Neuritis. Auf Grund beider Veranlassungen sei Adductorencontractur denkbar, während bei Reizung rein motorischer Nerven erfahrungsgemäss nur klonische Krämpfe auftreten.

Eugen Fraenkel (Hamburg) bestätigt die Angabe Semon's hinsichtlich der Cadaverstellung.

B. Fraenkel weist darauf hin, dass Krampf und Lähmung sich laryngoskopisch durch den Spannungsgrad der Stimmbänder unterscheiden lassen. Dies kann auch zur Bestimmung des Zeitpunktes, wann die Contractur hinzutritt, dienen.

Reichert (Rostock) theilt einen Fall mit von Medianstellung der Stimmbänder, in welchem durch Cocain eine geringe Besserung der Athmungsbeschwerden erzielt wurde.

P. Heymann (Berlin) berichtet über einen Fall von Railway-Spine, in dessen Verlaufe Aphonia spastica sich ausgebildet hat, welche sich bald spontan verlor und als centrale vorübergehende Reizerscheinung aufgefasst werden muss.

Schmidt (Frankfurt a. M.) bittet künftig für die Worte Ab- und Adduction deutsche Ausdrücke zu wählen.

Der Vortragende schloss die Debatte mit folgenden Bemerkungen: Seine Argumente seien selbstverständlich nicht sämmtlich gleichwerthig: Nachprüfungen seiner und Horsley's Experimente würden deren Correctheit bestätigen;

sein Hauptargument läge in seinen allgemeinen neuropathologischen Gründen gegen die Contracturhypothese. Gegen die Auffassung der Medianstellung als Reflexcontractur spräche entscheidend der Umstand, dass Krause auch Medianstellung erzielt habe, als er den Kork an das periphere Ende des durchschnittenen Recurrens angebunden habe. Sobald man ihm nachgewiesen haben werde, dass in anderen Nervengebieten unter analogen Bedingungen gesetzmässig primäre neuropathische Contracturen zu Stande kämen, werde er geschlagen sein, früher nicht.

3. Stoerk (Wien) bespricht die Behandlung des Empyems der Highmorshöhle — und zwar auf dem natürlichen Wege durch die Nasenhöhle mittelst Einspritzungen von adstringirenden Flüssigkeiten. Stoerk wendet hierzu kleine Nasenspritzen an, die am Ende entweder eine gekrümmte Spitze haben, oder wenn man mit dem Spritzenhäkchen nicht hineingelangt, nehme man eine gerade Röhre, welche seitlich eine kleine Oeffnung hat, durch welche unter einem rechten Winkel die medicamentöse Flüssigkeit in die Highmorshöhle gelangt. Im Gegensatze hierzu steht die von Mikulicz auf dem letzten chirurgischen Congresse vorgeschlagene Durchbohrung der unteren Muschel und der Wand des Oberkiefers. (Der Vortrag ist in der Wiener Medic. Wochenschr. No. 43 bereits veröffentlicht.)

Discussion: Tornwaldt (Danzig): Empyem der Kieferhöhle sei durchaus nicht selten, und Ziem habe wenigstens in der Behauptung Recht, dass ohne die gewöhnlichen Symptome der Kieferhöhleneiterung doch eine solche bestehen kann. Doch scheinen ihm die Symptome für einen solchen chronischen Eiterungsprocess vorläufig noch so dunkle und unsichere zu sein, dass die Anbohrung der Kieferhöhle zunächst nur den Werth einer Explorativoperation hat.

Guye (Amsterdam) hat auch in mehreren Fällen von chronischem und von acutem Empyem der Highmorshöhle, welche oft nur das Symptom der Ozaena zeigten, das Antrum angebohrt, und zwar in einigen Fällen mit sehr gutem Erfolge. Es wurde dann sehr viel putrider Eiter entleert. Er hält dieses Machen einer Gegenöffnung, durch welche eine gründliche Durchspülung ermöglicht wird, für zweckmässiger wie die von Stoerk empfohlene Einspritzung in das Foramen maxillare hinein.

Bayer (Brüssel) empfiehlt, die natürliche Oeffnung der Fossa sigmoidea zu erweitern, wozu sich der Galvanocauter sehr empfiehlt, worauf es dann genügt, den Patienten sich mit herabhängendem Kopf auf den Bauch legen zu lassen, um die Highmorshöhle zu entleeren in Verbindung mit antiseptischen Einspritzungen. Er führt einen exquisiten Fall von Empyem der Highmorshöhle an, welchen er auf diese Weise in kurzer Zeit zur vollkommenen Heilung gebracht hat, und hat auch bei anderen Fällen die Methode sich ausgezeichnet bewährt.

Schlesinger (Dresden) hat in einer grösseren Reihe von Fällen, namentlich im letzten Jahre Empyem der Highmorshöhle gesucht resp. operirt. Er citirt 4 Fälle von Operation bei Rhinitis atrophicans foetida (betreffend 3 Patientinnen) wo jede Spur Eiter fehlte und jeder Erfolg ausblieb. — Bei wirklich vorhandener Oberkieferhöhlen-Eiterung oder -Jauchung, die er in 4 Fällen bei 4 Patientinnen operirte, wo ursprünglich jedes Schulsymptom fehlte, führt am sichersten zum

Ziel, breite Eröffnung des Alveolarfortsatzes, dass das Antr. Highmor. nach chirurgischen Grundsätzen durchspült werden kann; die alleinige Befreiung des Ausführungsganges von Eiter genügt gewöhnlich schon deshalb nicht, weil trotz nachgewiesener Durchgängigkeit und Entleerung die chronische Eiterung fortbesteht.

Stoerk betont, dass er über das Empyem im acuten Zustasde der Highmorshöhle gesprochen und nicht über Ozaena putrida.

3. Sitzung: Dienstag, den 21. September $9^1/_4$ Uhr.

Vorsitzender: v. Schroetter (Wien).

4. Schroetter (Wien) macht Mittheilung von einem besonders schweren Fall von Diphtheritis, beobachtet an seinem klinischen Assistenten Dr. Karis. Derselbe hatte sich bei der Tracheotomie eines an Diphtherie kranken Kindes inficirt (13. Januar 1886), schon am 15. Januar heftiges Fieber mit Schnupfen, dann hämorrhagische Pusteln am ganzen Körper, die bald zerfielen und weissfauligen Geschwüren Platz machten, dann Belag am weichen Gaumen, den Lippen, endlich im ganzen Larynx mit raschem Zerfallen des Belages. Hochgradige Schlingbeschwerden, bald Unmöglichkeit des Schlingens mit starkem Collaps; durch drei Wochen Ernährung mit der Schlundsonde. Einätherungen mit Ol. terebinth. und Aqu. calcis, innerlich Chin. In der Reconvalescenz neuerdings Anschwellung der hinteren Larynxwand mit Suffocationserscheinungen. Bildung eines neuen Geschwüres an der coordinirten Fläche der hinteren Larynxwand. Endlich Reconvalescent, Reise nach dem Süden. Ziemlich rasche Erholung, allein zunehmende Athembeschwerden. Bei Rückkehr nach Wien zeigte sich Verwachsung der Stimmbänder am vorderen und hinteren Winkel. Durchtrennung mit Messer und Einführen von Hartkautschukbougie bis zum heutigen Tage. Herr Dr. Karis demonstrirt darauf das Einführen der Bougies, welches er selbst ausführt.

Discussion: Schmidt fragt, wie lange die Bougirung fortzusetzen sei. v. Schroetter erklärt, man müsse wie bei Urethralstenosen monatelang bougiren. B. Fraenkel hält es für möglich, dass es sich um einen Fall von mit Diphtherie complicirter Variola gehandelt habe. v. Schroetter hält fest an der Diagnose der echten Diphtherie, von der man in diesem Falle sogar die Infectionsquelle, Eindringen durch die Schnittränder direct in die Blutbahn kenne. Stoerk glaubt sich im Einverständniss mit Fraenkel in der Annahme, dass es sich um metastatische Abscesse nach Einführung von diphtheritischem Gift in's Blut gehandelt habe.

5. Strübing (Greifswald) spricht über eine seltene Form des Larynxödem*), welche zusammen mit Oedem der Rachenschleimhaut und der äusseren Haut als Ausdruck einer Angioneurose beobachtet wird. In den Fällen des Vortragenden entwickelte sich meist zuerst eine Röthung der Rachenschleim-

---

*) Bereits ausführlich erschienen in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 10.

haut, namentlich der Uvula und der Gaumenbögen. Der Hyperämie folgte meist bald ein intensives Oedem. Vom Rachen aus griff der Process dann auf den Larynx über. Auch hier entwickelte sich zuerst eine Hyperämie und später ein intensives Oedem der Schleimhaut. Hieran schlossen sich meist Oedem der äusseren Haut, namentlich im Gesicht und am Halse. Bei einigen Kranken bestanden ausserdem heftige Anfälle von Erbrechen, die völlig den Crises gastriques der Tabiker analog waren. Eine bestimmte Erklärung der Genese dieser Oedeme zu geben, ist zur Zeit unmöglich. Der Vortragende denkt daran, dass es sich bei dem Leiden möglicherweise um eine Neurose der Dilatatoren handelt.

6. Reichert (Rostock) macht mit einem eigenen, auf der Ausstellung vorliegenden Zerstäuber unter Führung des Kehlkopfsspiegels Einstäubungen mit Lösungen von Ol. Eucalypti (2 pCt.), von Mentholpfeffermünzöl (1/2 pCt.), Acid. tannic. (10—20 pCt.), Natron benzoic. (5 pCt.), Chlorzink (1/4 pCt.), und rühmt den Erfolg derselben bei chronischer Bronchitis und Tracheïtis. Es reiht sich an diesen Vortrag eine längere Discussion über die Möglichkeit des Eindringens solcher Flüssigkeiten in die Bronchien, die bei dieser Methode noch durch den eintretenden Glottiskrampf erschwert werde. Tobold, Schnitzler und Schlesinger leugnen diese Möglichkeit, während Schadewaldt und L. Löwe sie aufrecht erhalten.

### 4. Sitzung: Dienstag, den 21. September.

Vorsitzender: Störk.

7. Hering (Warschau): Ueber die Heilbarkeit tuberculöser Larynxgeschwüre.*) Redner erklärt sich auf Grund eigener Beobachtungen für die freilich nur relativ und ausnahmsweise vorkommende Heilbarkeit der tuberculösen Larynxgeschwüre. Redner führt eine grosse Anzahl bewährter Forscher an, welche diese Thatsache beobachtet, aber dennoch nicht vermocht haben, den eingenisteten Skepticismus zu brechen. Moritz Schmidt, Krause, Jellinek haben tüchtige Breschen in den Indifferentismus der Behandlung der Larynxphthise geschlagen. Redner betont, dass er bisher Heilungen von tuberculösen Larynxgeschwüren auch ohne jede locale Behandlung gesehen hat und grade diese Heilungen sich am längsten bewährt haben. Von den 11 Fällen, die seit 1875—1886 von H. beobachtet wurden und welche er in einer gedruckt vorliegenden Tabelle übersichtlich zusammengestellt hat, sind 3 Fälle nicht vollkommen sicher. In den übrigen konnte Syphilis mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Geschwüre sassen auf den wahren, den falschen Stimmbändern, der Pars arytaenoidea, der Epiglottis. Ihre tuberculöse Natur war durch die gleichzeitige Lungenaffection gesichert und durch histologische Untersuchung analoger Präparate, in denen Bacillen reichlich vorkamen, bestätigt. Die Heilung dauerte in 3 Fällen 9, 2, 1 Jahr, in 5 Fällen von 1/2 Jahre bis 3 Jahren. Der Larynx heilte aus, der Zustand der Lunge besserte sich bedeutend, die Stimme kam wieder, das Allgemeinbefinden ist vollkommen befriedigend.

---

*) Bereits erschienen in der Deutschen med. Wochenschr. No. 44.

8. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.): Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht*).

Der Vortragende hat in den letzten 5 Jahren 8 Mal die Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsüchtigen wegen Dyspnoe machen lassen. Der Nutzen derselben besteht nicht nur in der Ermöglichung reichlicherer Sauerstoffzufuhr zu den Lungen, sondern auch in der Abhaltung des gewaltsam durchgezogenen Luftstroms sowie der thermischen und mechanischen Reize von dem Kehlkopf. Von den 8 Patienten lebte einer 2 Jahre bei fortdauernder Schwellung des Kehlkopfs, bei vieren besserte sich der Kehlkopf rasch, bis sie nach mehreren Wochen bis 10 Monaten an der Lungenerkrankung starben; eine am 31. Mai a. c. operirte Patientin ist im Kehlkopfe fast geheilt, sonst erheblich gebessert, eine am 4. Februar 1885 operirte Kranke ist im Kehlkopfe seit fast einem Jahre geheilt, die Lunge sehr viel besser, Allgemeinbefinden sehr gut; ein vorgestellter Patient, operirt am 11. Mai 1885, ist im Kehlkopf und Lunge geheilt, Allgemeinbefinden vortrefflich. Redner stellt folgende Indicationen für die Tracheotomie auf: 1. bei Stenose jedenfalls, und nicht zu lange warten; 2. bei schwerer Larynxerkrankung gegenüber relativ leichter Lungenerkrankung auch ohne Stenose; 3. bei rasch voranschreitenden Larynxprocessen ebenfalls schon vor dem Eintreten von Dyspnoe; 4. bei gleichzeitig vorhandenem Schluckweh eher noch früher. Nach der Operation soll eine geeignete örtliche Behandlung bald wieder aufgenommen werden.

9. Krause: Zur Therapie der Larynxphthise. K. weist auf seine früheren Mittheilungen hin und fügt seine neuesten Erfahrungen über die Wirkungen der Milchsäure hinzu, welche die Schorfbildung, die Verwechslung des Schorfes mit Secret, die Schwierigkeiten der Unterscheidung zwischen Narbe und fortbestehendem Substanzverlust betreffen. K. lässt seine früher gemachte Einschränkung, dass die Geschwüre der hinteren Larynxwand sich gegen die Beeinflussung durch Michsäure schwieriger verhalten, nach seinen neuesten Erfahrungen fallen. Es hat sich ergeben, dass, wo nicht hohe Decrepidität vorliegt, in welchem Falle K. räth, von der Milchsäure-Behandlung überhaupt abzusehen, bei gut erhaltenem Kräftezustande und sorgfältiger Technik kein tuberculöses Geschwür der Vernarbung durch Milchsäure widersteht. Man könne unter Laryngologen nicht ernstlich darüber discutiren, dass etwa die grössere oder geringere Schmerzhaftigkeit eines Mittels, mit welchem die Larynxtuberculose geheilt werden könne, ein öfters auftretender Spasmus glottidis ein unübersteigbares Hinderniss für die Anwendung dieses Mittels bilden sollte. Aber es müsse nach wie vor das grösste Gewicht auf die von ihm angegebene und mit äusserster Sorgfalt auszuübende Technik gelegt werden.

10. Hering (Warschau): Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung der tuberculösen Larynxphthise. H. bestätigt vollkommen in allen Einzelheiten die Richtigkeit der Angaben von Krause, obwohl er die Milchsäure nicht als Panacee gegen die tuberculösen Ulcerationen betrachtet, und betont,

*) Bereits erschienen in der Deutschen med. Wochenschr. No. 45.

dass sie nur bei gewissen Formen angewandt werden darf und vollkommene Technik erfordert. Die Vortheile dieser Methode werden durch Anführung von 22 Fällen bestätigt, die wieder in einer gedruckt vorliegenden Tabelle zusammengestellt sind. Das Cocain hält Redner bei der Behandlung der Geschwüre für ein Mittel von grossem Werthe und empfiehlt eine Methode der Injection von Cocain 0,02—0,03 in das submucöse Gewebe der hinteren Larynxwand, die einige Vortheile, als Billigkeit, längeres Anhalten der Schmerzlosigkeit bei Phthisikern, bietet und auch partielle Anaesthesie im Rachen erzeugt. Die Einspritzungen werden mit einer besonderen Spritze, die ad hoc construirt wird, ausgeführt. Wenn die Heilung der Geschwüre bei dieser Behandlung nicht eintritt, so werden die Ränder und der Boden mit einer Cürette ausgekratzt, dann Milchsäure eingerieben und zwar mit einem eigens dazu construirten Wattepinsel. Bei starker Schwellung müssen zahlreiche und tiefe Incisionen ausgeführt werden, dann wird cocainisirt und später Milchsäure eingerieben. In einem Falle musste der ulcerös degenerirte Aryknorpel mit der scharfen Zange entfernt werden, um Heilung zu erzielen. Die Resultate ergaben: Vollständige Ausheilung im Larynx in 8 Fällen, ferner Heilung von tuberculösen Geschwüren auf den Tonsillen, der Zunge und der Nasenschleimhaut. Partielle Heilung ist in 4 Fällen erzielt worden. Die längste Heilung dauerte $1^1/_2$ Jahre. Zum Schluss wird der Kehlkopf eines vor einigen Tagen verstorbenen Mannes demonstrirt, dem vor 3 Monaten tiefe Geschwüre im Larynx mit der Curette ausgekratzt wurden und wo deutliche Narben aber keine Geschwüre mehr zu constatiren sind.

Discussion über die Vorträge 7, 8, 9, 10. Schnitzler betont, dass er Heilung von Larynxphthise wiederholt beobachtet habe und diesen Standpunkt von der Heilbarkeit der Kehlkopftuberkel seit Jahren vertrete. Ohne den Werth der Behandlung durch Milchsäure zu negiren, habe er doch mit Jodoform-Insufflation weit bessere Resultate erzielt, und kann diese Methode auf Grund reicher Erfahrung als die wirksamste empfehlen.

Krause: Der Unterschied in der Auffassung Schnitzler's und der meinigen besteht darin, dass er meint, jedes Mittel könne unter Umständen Heilung bewirken; ich aber meine, ein Mittel wirkt nur dann, wenn es mit sorgfältigster Technik angewandt wird. Wenn ich gesagt habe, jedes tuberculöse Geschwür kann durch Milchsäure heilen, so habe ich sofort hinzugefügt: bei gut erhaltenem Kräftezustande und den geeigneten Encheiresen.

Rosenberg spritzt den Patienten anfangs 1—2 mal täglich 1—2 Grm. 20 proc. öliger Menthollösung mittelst der Braune'schen Spritze tropfenweise auf die afficirte Stelle ein; nach mehreren Wochen einen Tag um den andern. Diese Application belästigt die Patienten kaum, ist vielen dagegen angenehm und weist selbst bei monatelanger Behandlung keine unangenehme Reaction auf. Dagegen zeigt sich bald eine objective und subjective Besserung. Der Geschwürsgrund reinigt sich, zeigt frische rothe, gesunde Granulationen, das Geschwür heilt in 4—6—10 Wochen und mehr. Die Schwellung geht allmälig zurück, besonders im Anfangsstadium; Infiltrationen erweisen sich resistenter. Bezüglich der Erklärung dieser Wirkung macht R. aufmerksam auf die 1. anämisirende, 2. analgesirende, 3. antiparasitäre Wirkung (Sormani, Bognatelli).

Es giebt kein Antiparasiticum, das in so starker Concentration dem Organismus zugeführt werden kann als das Menthol.

Betz (Mainz) berichtet über zwei Fälle von Tracheotomie bei Larynxtuberculose. Beide Fälle betrafen Frauen im letzten Monat der Gravidität. Bei der ersten bestanden hochgradige Infiltrate ohne Ulceration, es trat vollständige Heilung ein. Die zweite Patientin starb einige Wochen nach der Operation.

B. Fränkel: Das active Auftreten der Aerzte bei Phthisis sei angeregt durch die Entdeckung, dass die Tuberculose eine Infectionskrankheit sei. Der Beweis aber, dass tuberculöse Geschwüre heilen könnten, sei erst durch die Entdeckung des Koch'schen Bacillus mit Sicherheit geliefert worden und sollten jetzt nur noch solche Fälle statistisch verwerthet werden, in welchen Bacillen vorhanden waren. Entweder könnten wir versuchen, den Bacillus zu tödten, oder aber das unbekannte Etwas, was wir Disposition nennen, zu heben. Die Milchsäure habe unseren Arzneischatz gegen Tuberculose um ein werthvolles Mittel bereichert, ebenso Menthol. Wir könnten nunmehr anfangen, zu individualisiren, und das für den einzelnen Fall passende Mittel auszusuchen. Schliesslich werde die experimentelle Bacteriologie unserer Auswahl massgebende Gesichtspunkte liefern.

v. Schroetter bemerkt zur Frage der Laryngotomie, dass er nicht allen Indicationen Schmidt's beitreten könne.

### 5. Sitzung: Donnerstag, den 23. September.

Vorsitzender: Schnitzler.

11. Rosenfeld (Stuttgart) spricht über das Vorkommen von Trachealabscessen, von denen er in den letzten Monaten 2 beobachtete. Bei einer jungen Dame trat nach einem leichten Laryngealcatarrh plötzlich Haemoptoe auf, von der angenommen werden musste nach Betrachtung aller Symptome und nach microscopischer Untersuchung der Sputa, die keine Tuberkelbacillen ergab, dass sie der Trachea entstammte. Die angestellte Untersuchung ergab wirklich zwei Ulcera in der Schleimhaut der Trachea mit centraler Oeffnung und wulstigem Rand leicht blutender Gefässe. Nun wurde mit Höllensteinlösung geätzt, und alles heilte bald aus. Ein zweiter Fall wurde erst vor 14 Tagen beobachtet: eine Arbeiterin mit Anfällen plötzlicher Erstickungsnoth zeigte in der Trachea in der Höhe des 2. Trachealringes ein 2—3 Mm. grosses Geschwür, das sich am folgenden Tage unter Eiterentleerung öffnete. Es konnte das Flottiren der Schleimhaut beobachtet werden. Der Inhalt der beiden Abscesse bestand aus jungen Eiterzellen und krümlichen Massen, wie sie sich im Innern von Atheromcysten finden.

12. Bayer (Brüssel) demonstrirt zwei interessante Präparate, die die Transformation von Schleimpolypen in bösartige Geschwülste beweisen. In dem einen, welches einer 50 Jahre alten Patientin entstammt, sitzt auf einem gewöhnlichen Schleimpolypen eine Zottengeschwulst auf, welche sich microscopisch als Krebs herausstellt. In dem zweiten ist ein Epithelialcarcinom mit Schleimpolypen combinirt, welche in die krebsige Entartung einbezogen sind.

Bayer vergleicht seine Fälle mit denen, die Michel, Hopmann, Schmiegelow und Schäffer früher beschrieben haben.

13. W. Lublinski (Berlin): Ueber Laryngitis sicca. Es giebt ausser dem gewöhnlichen chronischen Kehlkopfcatarrh eine Art dieses Processes, die der Pharyngitis sicca entspricht und im Verhältniss zu der grossen Verbreitung der letzteren sehr selten vorkommt. Dieselbe ist als eine Fortsetzung der Pharyngitis sicca auf den Kehlkopf anzusehen und befällt den letzteren, von der Interarytfalte auf denselben übergreifend. Als ein acuter Process ist die Laryngitis sicca nicht anzusehen, da in einigen Fällen sich vor Jahren eine Pharyngitis granulosa nachweisen liess. Dieselbe äussert sich vor allem durch eine hochgradige Atrophie der gesammten Schleimhaut, die mit zähen klebrigen Borken bedeckt ist. Die Behandlung muss vor allem auch die erkrankte Nasen- und Nasenrachenschleimhaut berücksichtigen, da sonst keine Beseitigung des Leidens möglich ist. Für die Behandlung des Rachens und des Nasenrachens empfiehlt sich eine 3—5proc. Lösung von Jodjodkalium, für den Kehlkopf eine 2—3proc. Chlorzinklösung.

Discussion: Stoerk (Wien) hält die Krankheit oft für unheilbar. Lublinski scheine verschiedene Processe zu confundiren. Der gewöhnliche Process sei der der Atrophie, der meistens von der Nase ausgehe und die Rachenwand befalle. Im Larynx sei es besonders die hintere Wand, welche am schwersten erkranke. Die beste Behandlung sei die prophylactische, bei Nasencatarrhen die frühzeitige Fortschaffung der Secrete, besonders durch Gurgelung vom Munde aus durch die Nase hindurch.

Michael (Hamburg): Wenn man jede Laryngitis mit trockenem Secret als Laryngitis sicca bezeichnet, so giebt es eine acute Form. Ein 15jähriges Mädchen erkrankte mit so hochgradiger Dyspnoe, dass die Tracheotomie indicirt zu sein schien. Der Pinsel entfernt trockene Borken, dadurch wird die Pat. sogleich erleichtert, und in wenigen Tagen ist die Affection geheilt. Das beste Mittel ist gegen die Pharyngitis und Rhinitis das Aufschnauben warmer Milch, gegen die Affection des Larynx die Inhalation warmer Milch. Von diesem Process müsse die Trockenheit im Beginn acuter Entzündungen scharf unterschieden werden.

Tornwaldt empfiehlt, den Namen Pharyngitis sicca und Laryngitis sicca auf die Fälle zu beschränken, in denen die Schleimhaut des Secretes ermangelt und atrophisch ist.

M. Schmidt hat die Laryngitis sicca meist bei weiblichen Personen, die am Herdfeuer zu thun haben, gefunden; einen acuten Fall bei einem 10jährigen Jungen ohne Pharynxerkrankung gesehen. Das von Stoerk erwähnte Reinigungsverfahren ist das sog. Mosler'sche Verfahren. Wichtig ist die Entfernung der Borken event. mit dem Voltolini'schen Schwamm. Er wendet danach Alum. aceticotart. in Pulverform an.

Bayer empfiehlt neben der Localbehandlung Einspritzungen in die Nase, Pinseln mit Chlorzink, eine innerliche Behandlung mit Apomorphin und Arsenik.

Morelli (Pest). Pharyngitis sicca kommt meistens bei jungen Mädchen in dem 12. bis 14. Jahre bei lymphatisch-anaemischem Wesen vor mit ähnlichem Catarrh in der Nase. In der Trachea sind die Erscheinungen am schlimmsten. In der Trachea zeigte sich niemals so grosse Anhäufung des Schleims, dass man

an Tracheotomie denken sollte. Von 2 proc. Carbolglycerin-Pinselungen sah M. guten Erfolg.

Gottstein: Es giebt eine acute Laryngitis sicca unabhängig von Pharynxerkrankung. Während die Pharyngitis sicca im späteren Lebensalter und bei beiden Geschlechtern vorkommt, tritt die acute Laryngitis sicca hauptsächlich bei Frauen, besonders bei Köchinnen und Waschfrauen auf. Jedenfalls ist sie eine wohl characterisirte Krankheitsform mit eigenthümlichen Symptomen.

Lublinski bemerkt zum Schluss, dass sein Material ganz verschieden von dem des Herrn Stoerk sei, da es einer allgemeinen Poliklinik entstammend auch solche Zustände in ihrem Anfange zeige, die den specialistischen Kliniken meist fehlen.

14. Schadewaldt (Berlin): Ueber die Localisation der Empfindungen in den Halsorganen. Das Localisirungsvermögen für Empfindungen in den Halsorganen ist ein mangelhaftes. Die Empfindungen in diesen Organen unterliegen ganz gewöhnlich der falschen Localisation. Die Reize in den verschiedensten Theilen der Halsorgane (hintere Nasenhöhle, Nasenrachenraum u. s. w.) werden gewöhnlich irrthümlich auf die vordere Halspartie verlegt (Regio laryngotrachealis). Dieses Verhalten der Halsorgane findet seine Analogie im Urogenitalapparat nach Zeissl's Autorität. In Folge dieser Eigenthümlichkeit der Halshöhlen werden pathologische Empfindungen (Parästhesien) gemeiniglich von der Choanengegend in die Regio laryngo-trachealis verlegt. Es beruht dies dann auf einer irrthümlichen Beurtheilung des Reizortes, aber nicht, wie man angenommen, auf einem Reflexvorgange. (Der Vortrag erscheint ausführlich in der Deutschen med. Wochenschrift.)

15. P. Heymann demonstrirt einen Fall von Tracheocele. Es handelt sich um ein Kind von 4 Jahren, bei dem die Mutter seit einigen Wochen beim Sprechen Husten und eine Anschwellung des Halses bemerkte. Es fand sich zu beiden Seiten des Kehlkopfes bei jeder obstruirten Exspiration eine wulstförmige Erhebung, welche sich gegen die Umgebung auch percussorisch scharf abgrenzen liess. Der Percussionsschall war leer, aber tympanitisch, wie bei einem schwach gespannten lufthaltigen Gebilde. In den bisher bekannten ca. 15 Fällen war die Communication der Tracheocele mit der Luftröhre meist an der hinteren Wand, im vorliegenden Falle lässt sich darüber nichts feststellen. Jedenfalls ist die Communicationsöffnung nicht gross, da die Füllung der Höhle mit Luft nicht sehr rasch vor sich geht. Beschwerden hat das Kind davon nicht, eine bestehende Heiserkeit erklärt sich durch einen chronischen Kehlkopfcatarrh.

### 6. Schluss-Sitzung, Nachmittags $1^1/_2$ Uhr.

Vorsitzender: M. Schmidt (Frankfurt a. M.).

16. Schwabach: Ueber die Bursa pharyngea. Sch. weist an einer grösseren Reihe von Präparaten nach, dass die Ansicht Tornwaldt's resp. Luschka's von der Existenz eines beutelförmigen Anhanges des Schlundkopfgewölbes in der Region des adenoiden Gewebes nicht richtig ist, dass vielmehr, wie bereits von Ganghofner beschrieben worden ist, an der betreffenden Stelle

sich lediglich eine einfache Einsenkung der Schleimhaut findet, welche nirgends in die Tiefe dringt, und unterhalb welcher die Fibrocartilago basilaris ununterbrochen hinzieht. Constant ist auch diese Einsenkung nicht; ausnahmsweise findet sich statt der Einsenkung ein isolirtes Grübchen, welches jedoch morphologisch auch identisch ist mit dem Ende der mittleren Spalte, als welche dieselbe in allen Präparaten, wo sie sich überhaupt findet, anzusehen ist. Das Grübchen entsteht dadurch, dass die mittlere durch ein Verbindungsstück der mittleren Leisten von der ersteren abgetrennt wird. Aus einer Anzahl von Präparaten, die von Erwachsenen entnommen sind, zeigt Sch., dass das, was Tornwaldt als Bursa phar. beschreibt, meist nichts anderes ist, als die zum grossen oder geringen Theil durch Oberflächenverwachsung der beiden mittleren Leisten in einen blinden Canal verwandelte mittlere Spalte; da Tornwaldt die Bursa ph. als Furche bezeichnet, hat er nach Sch. nichts anderes gesehen, als die in jeder normalen Tonsille stets vorhandene mittlere Spalte, die aber nicht als ein selbstständiges Gebilde, sondern als integrirender Theil der Tonsilla pharyngea anzusehen ist. Ueber die embryologische Bedeutung der Schleimhauteinsenkung, die am ehesten noch mit Ganghofner als Recessus pharyngeus lateralis anzusehen ist, behält sich Vortragender weitere Mittheilungen vor.

Discussion: Tornwaldt erklärt, dass er auf den Namen Bursa nicht Werth legt, und constatirt, dass auch er den Befund so beschrieben hat wie Schwabach, dass nur der von Schwabach als normal bezeichnete Zustand der Vertiefung in der Mitte des Rachendaches von ihm seltener beobachtet worden ist.

Schwabach: Wenn die Bursa ein anatomisch selbstständiges Gebilde ist, dann muss es auch beim Neugeborenen vorhanden sein und kann sich nicht erst später bilden. Ist die Bursa aber ein pathologisches Gebilde, dann kann man selbstverständlich nicht von einem Catarrh oder einer Cystenbildung dieser Bursa sprechen.

17. Tornwaldt: Ueber chronischen Retronasalcatarrh. Der Begriff des chronischen Retronasalcatarrhs wird auf Grund der pathologisch-anatomischen Arbeiten von Luschka und Wendt und der eigenen rhinoscopischen Beobachtungen des Vortragenden zergliedert in eine Anzahl von Veränderungen am Rachendach, die verschieden sind durch Art, Form und Sitz, und die sowohl jede einzeln als auch im Zusammenhang mit einigen oder allen übrigen die Erscheinungen der Krankheit bilden können. Sie stellen sich der rhinoscopischen Untersuchung dar als Hypersecretion, als Narben- und Cysten-Bildung. Die auf dem Rachendach wahrnehmbare Hypersecretion kann entstammen: 1. der Bursa pharyngea, 2. einzelnen oder mehreren ectatischen acinösen Drüsen, 3. Lakunen des adenoiden Gewebes, 4. abscedirten einzelnen oder zusammengeflossenen Lymphfollikeln, 5. kleinen beschränkten Oberflächentheilen der Schleimhaut, 6. der gesammten Oberfläche der Schleimhaut, 7. den Nasenhöhlen oder ihren Nebenhöhlen. Diagnostische Merkmale für den Ausgangspunkt des Secretes sind 1. durch den Spiegel beobachtetes Ausfliessen aus einer der genannten Quellen und 2. Wiederbildung des Secretes an derselben Stelle und von demselben Aussehen bei wiederholten Untersuchungen. Diagnostische Hülfsmittel in zweifelhaften Fällen sind: 1. stündlich wiederholte Untersuchungen nach Ent-

fernung des Secretes, 2. Aufblasen von Amylum auf die vorher von dem anhaftenden Secret befreite Schleimhautpartie und Beobachten des weiteren Verhaltens des Pulverbelages zu der sich neu bildenden Absonderung. Die Narbenbildung bewirkt entweder Verwachsung von benachbarten Schleimhautpartien (Tubenwulst mit Rachendach), und hemmt deren freie Beweglichkeit oder sie führt durch Verschluss der Bursa, acinöser Drüsen, Lacunen zum Untergang derselben oder bei Fortdauer der Secretion in ihnen zur Umbildung in Cysten. Eine andere Art von Cysten bildet sich aus abscedirten und nicht aufgebrochenen Lymphfollikeln. Die Bedeutung der genannten Veränderung besteht in Störungen durch das, das Rachendach und die benachbarten Theile bedeckende und reizende Secret, sowie in Reizung der Nerven des Rachendaches durch Spannung oder Zerrung, und in den hierdurch erzeugten Folgezuständen, wie sie in der vorjährigen Arbeit des Vortragenden über die Bursa pharyngea beschrieben sind. Die geschilderten Veränderungen, besonders die secretorischen, scheinen die häufigsten unter allen Krankheiten der obersten Luftwege zu sein. Durch die Feststellung der Art der Veränderung und ihre genaue Localisation werden der Therapie ganz bestimmte, sich von selbst ergebende Wege gewiesen.

18. Böcker (Berlin) zeichnet Bilder, durch welche die Unterschiede der organischen von der hysterischen Paralyse der Erweiterer der Stimmritz zur Anschauung gebracht werden.

19. Koehler (Posen) demonstrirt 2 Nasensteine, von denen einer vo einem 13jährigen Mädchen stammt. Sieben Jahr foetider Ausfluss — der Stei hat als Kern ein Stückchen Holz. Der zweite Stein rührt von einer 43jährig Frau, die nie an foetidem Ausfluss, nie an Beschwerden der Nase litt. Der Stei ohne Kern, fast 3 Ctm. lang, 1 resp. 2 Ctm. hoch, 0,85 schwer. Eine Seite glat und zwar die am Septum belegene, die andere blumenkohlartig. Im Anschlu an den Vortrag zeigt Morelli einen Stein, dessen Centrum ein Kirschkern bild berichtet Schlesinger über einen Nasenstein, der sich aus einem Stück ei eisernen Tischglocke gebildet, Schmidt über einen Fall, in welchem ein Kreu dornstück den Kern bildete.

20. Schnitzler: Combination von Syphilis und Tuberculose d Kehlkopfes. Schn. theilt mehrere hierher gehörige Fälle mit, die er Jahre h durch zu beobachten Gelegenheit hatte und die den Vortragenden zu der Ue zeugung brachten, dass nicht nur Combination der beiden Processe im Kehlkopfe vorkommt, sondern dass syphilitische Ulcerationen selbst in tuberculöse überge können, und zwar wie Sch. meint, indem die syphilitischen Geschwüre ei guten Nährboden für die Tuberkelbacillen bilden. Sch. bespricht dann no die Schwierigkeit der Differential-Diagnose dieser beiden Processe und mahnt, b der Diagnose sich nicht auf das Spiegelbild allein zu verlassen, sondern a Momente zu berücksichtigen und alle zu Gebote stehenden Hilsmittel für d Diagnose zu verwerthen, da eine erfolgreiche Behandlung nur bei der richtige Erkenntniss des Leidens möglich ist.

Discussion: Semon warnte, indem er sich den Ausführungen Schnitzler hinsichtlich der Schwierigkeit, in vielen Fällen nur aus dem klinischen Bilde einer definitiven Entscheidung zu kommen, vollständig anschloss, im allgemein

vor verfrühten Schlüssen ätiologischer, klinischer und therapeutischer Natur aus vereinzelten Fällen. B. Fränkel: Der Nachweis des Tuberkel-Bacillus sichere die Diagnose zwischen Syphilis und Tuberculose. Es könnten jedoch syphilitische Geschwüre später tuberculös werden.

21. Schlesinger (Dresden) spricht über „rhinoscopisches Operiren im festen Spiegel“ und giebt eine Erklärung und Demonstration der bezüglichen Instrumente sowie der damit zu befolgenden Technik.

22. Loewe (Berlin) demonstrirt an Durchschnitten durch Kaninchennasen, 1. dass auf den in das Siebbeinlabyrinth vorspringenden Septen der Cellae ethmoidales echtes Riechepithel sitze, während in den Thälern zwischen den Cristen niedriges, dem Athemepithel der respiratorischen Region der Nase ähnliches Epithel vorhanden sei. Da ausserdem die Cristen des Siebbeinlabyrinths dicht mit Riechnervenbündeln und den für die Riechfunction charakteristischen Schleimdrüsen ausgekleidet seien, so sei der Beweis erbracht, dass das Siebbeinlabyrinth ein Hauptlocalisationspunkt der Geruchsfunction sei. 2. Am unteren Ende des Septum narium, dicht am Naseneingang findet sich eine bis jetzt wenig beachtete Nebenhöhle der Nase. Dieselbe ist zwar schon vor 80 Jahren von dem dänischen Anatomen Jacobson entdeckt worden, wurde aber, trotzdem vor zehn Jahren bereits Kölliker und etwas später der Vortragende auf das Constantsein derselben aufmerksam machten, in der Litteratur der Nasenheilkunde wenig oder gar nicht beachtet. Das Jacobson'sche Organ ist eine hohle, rings von Knochen umschlossene, dem Septum anliegende Röhre, welche am vorderen Ende des Septum beginnt, schräg nach hinten und oben aufsteigt und im mittleren Drittel der Nasenscheidewand blind endet. Das Jacobson'sche Organ dient zum Riechen, denn seine Innenwand ist mit charakteristischem Riechepithel ausgekleidet. 3. Sämmtliche Drüsen der Highmorshöhle münden in einen gemeinschaftlichen Ausführungsgang, der sich nach Aussen und Oben vom vordern Ende der unteren Muschel frei in die Nasenhöhle ergiesst.

23. Coën (Wien): Ueber eine neue Behandlungsmethode des Stotterns. Der Vortragende bespricht die bisher übliche Therapie des Stotterns und erwähnt weiter sein neueres Verfahren, welches darin besteht, die Kranken im flüsternden Tone durch einige Tage sprechen zu lassen, sodann in einem mehr vernehmbaren Tone und schliesslich nach der musikalischen Scala successiv steigend, bis die Tonhöhe der Rede jenen Grad erreicht hat, welcher den individuellen Stimmmitteln der Patienten entspricht.

Schnitzler zieht den in der ersten Sitzung erwähnten Antrag auf Bildung einer laryngologischen Gesellschaft zurück.

Nach den üblichen Danksagungen an den Einführenden und die Schriftführer resumirt B. Fränkel die Arbeiten der Section und betont besonders die wissenschaftliche Vertiefung und den Ernst der Arbeit, der in den Vorträgen und in der Discussion sich durchgehends geltend gemacht habe.

B. FRAENKEL (Berlin).
Mit Benutzung des Tageblatts der Naturforscher-Versammlung.

---

# IV. Briefkasten.

## Erweiterer — resp. Posticus etc. — versus Abductor.

Aus dem Bericht über die Verhandlungen der laryngologischen Section der deutschen Naturforscherversammlung werden unsere Leser entnehmen, dass Dr. Moritz Schmidt in der Discussion über den Semon'schen Vortrag die Bitte aussprach, künftighin für die Worte Ab- und Adduction deutsche Ausdrücke zu wählen. Er begründete diese Bitte durch einen Verweis auf eine unlängst erschienene deutsche Arbeit, in welcher die beiden Worte „Abductor“ und „Adductor“ consequent mit einander vertauscht sind, wodurch das Verständniss der ganzen Ausführung bedeutend leidet. Statt für die Einführung deutscher Ausdrücke hätte Dr. Schmidt auch mit Recht für die allgemeine Abschaffung der Worte „Abduction“ und „Adduction“ resp. „Abductor“ und „Adductor“ plaidiren können, denn der von ihm gerügte Missstand ist keineswegs auf die deutsche Literatur allein beschränkt. Noch vor kurzer Zeit wurde durch einen Bericht in einem englischen Journal, in welchem kurz auf das „wohlbekannte Gesetz“ verwiesen wurde, „that in organic laryngeal paralysis the adductor — fibres of the recurrent laryngeal nerve suffer first“ — der ganze Sinn des betreffenden Satzes direct auf den Kopf gestellt, und ähnliche irreführende Druckfehler finden sich auch an anderen Stellen. Es dürfte sich daher in der That empfehlen, statt der solchen Irrthümern ausgesetzten Ausdrücke in Zukunft Bezeichnungen wie: „Erweiterer“, „Posticus“, „Glottis-opener“ „Dilatateur“ etc. zu wählen.

---

## Ein neues laryngologisches Journal.

Einem uns zugesandten Prospectus entnehmen wir die Mittheilung, dass vom Beginne des Jahres 1887 ein neues laryngologisches Journal in englischer Sprache, herausgegeben von den Herren Morell Mackenzie und Norris Wolfenden, erscheinen wird. Die Aufgaben, welche sich dasselbe stellt, sind völlig identisch mit denen des Centralblattes. Sein Erscheinen wird damit motivirt, dass es in England und seinen Colonieen, sowie in Amerika eine grosse Zahl von Aerzten gäbe, für welche ein in deutscher oder französischer Sprache veröffentlichtes Journal ein versiegeltes Buch sei.

---

## Die Laryngologie beim nächsten internationalen medicinischen Congresse.

Von verschiedenen Seiten sind Anfragen hinsichtlich der Weiterentwicklung dieser Frage an die Redaction gestellt worden. Wir können dem gegenüber nur constatiren, dass uns officielle Mittheilungen hinsichtlich des Programms, der Zusammensetzung des Bureau, der bereits angemeldeten Theilnehmer etc. bisher nicht gemacht worden sind, obwohl wir dem Präsidium der laryngologischen Section den Briefkasten des Centralblatts für solche officielle Mittheilungen zur Verfügung gestellt haben. Wir hoffen, in Kürze unseren Lesern weitere Mittheilungen über die ganze Sachlage machen zu können.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang III. Berlin, Februar. 1887. No. 8.

## I. Die Laryngologie und der internationale medicinische Congress in Washington.

Die Leser des Centralblattes haben Gelegenheit gehabt, die merkwürdige Entwicklung der Dinge, welche in den Angelegenheiten des nächsten internationalen Congresses und speciell der Vertretung der Laryngologie bei demselben sich vollzogen hat, bis zum Juni vorigen Jahres zu verfolgen. Der Brief in der Julinummer, welcher die Sachlage zu jener Zeit schilderte, ist uns von verschiedenen competenten amerikanischen Collegen als durchaus zutreffend bezeichnet worden. Seitdem ist es sehr still geworden bezüglich alles den Congress Betreffenden. Wohl haben die gegenwärtigen Leiter desselben Deputationen nach Europa geschickt, welche die Lage der Dinge in rosigen Farben schilderten, wohl sind Ehrenstellen — und nicht zum wenigsten in der laryngologischen Section — mit einer Liberalität ausgeboten worden, welche in der That diese Stellungen des Characters der Auszeichnung beraubt, wohl hören wir von der grossen Anzahl der bereits angemeldeten Vorträge, — aber die wichtigsten Dinge: die Frage, ob eine Aussöhnung zwischen den streitenden Parteien erfolgt sei und ob europäische Aerzte darauf rechnen könnten, bei Gelegenheit dieses Congresses mit denjenigen Männern in persönliche Berührung zu treten, welche in Europa als die Repräsentanten der wissenschaftlichen amerikanischen Medicin betrachtet werden, werden mit Stillschweigen übergangen. Was speciell die laryngologische Section anbelangt, so ist, wie bereits in unserer letzten Nummer gemeldet, uns keine officielle Mittheilung darüber geworden, wie das gegenwärtige Bureau zusammengesetzt ist, und was die Organisation der Sectionsverhandlungen betrifft: ob und welche Fragen von allgemeinem Interesse zur Discussion gestellt worden sind, wer diese allgemeinen Discussionen einleiten soll etc. — über diese Cardinalfragen fehlt uns jede Kenntniss. Der gegenwärtige Präsident der Section hatte die Güte uns mitzutheilen, dass bereits eine beträchtliche Anzahl von Vorträgen angemeldet sei — eine Anzahl, die, wie wir einem uns freundlichst zur Disposition gestellten späteren Briefe desselben entnehmen, sich noch weiter vermehrt hat, — aber einerseits erscheint uns in solchen Fragen nicht die Quantität, sondern die Qualität des Gebotenen massgebend, und über letztere fehlt

uns bisher jede Möglichkeit der Beurtheilung; zum andern handelt es sich bei den bisherigen Anmeldungen offenbar um individuelle Vorträge über die allerverschiedensten Dinge. Was wir darüber denken, wenn bei solchen Gelegenheiten „in athemloser Eile eine grosse Anzahl von theilweise unbedeutenden, obscuren oder, nach der Ansicht der grossen Mehrzahl bereits erledigten Thematen abgehaspelt wird, nur aus dem Grunde, weil sie einmal auf dem Programm stehen" — das haben wir im Leitartikel der Septembernummer unseres ersten Jahrganges in so deutlicher Weise gesagt, dass wir hinsichtlich dieser Frage nur auf denselben verweisen können.

Der ganze Verlauf der Sache, die Lectüre der amerikanischen medicinischen Zeitungen, Rücksprache mit einigen der ersten europäischen Autoritäten, Unterredungen mit unbefangenen amerikanischen Collegen, die im letzten Sommer Europa besuchten, wie mit europäischen Aerzten, die erst kürzlich Nordamerika bereist und sich ein eigenes Urtheil über die Lage der Dinge gebildet haben, endlich unsere eigene Ansicht über das, was wir unseren, wirklich repräsentativen amerikanischen Collegen schuldig seien, hatte uns schon vor einigen Monaten zu einem sehr bestimmten Urtheil über die Räthlichkeit der Theilnahme europäischer Laryngologen an diesem Congresse geführt. Da aber hinsichtlich dieses Punktes von verschiedenen Seiten Anfragen an uns gerichtet wurden und wir uns der Verantwortlichkeit der zu ertheilenden Antwort bewusst waren, hielten wir es für unsere Pflicht, von einigen hervorragenden, in die Verhältnisse eingeweihten und unbefangenen amerikanischen Laryngologen Auskunft über die gegenwärtige Sachlage zu erbitten, ehe wir diese Antwort gäben. — Speciell ersuchten wir um Mittheilungen über die gegenwärtige Zusammensetzung des Vorstandes, über die Organisation der Sectionsverhandlungen und vor Allem: über die voraussichtliche Theilnahme der in Europa als repräsentativ angesehenen amerikanischen Laryngologen selbst. — Die Herren, an die wir uns um Auskunft gewendet haben, sind so freundlich gewesen, uns sehr detaillirte Mittheilungen zu machen, denen wir Folgendes entnehmen:

Nachdem das sogenannte „Comité der 38 Staaten" im Juni 1885 gleichzeitig mit anderen von dem ursprünglichen Comité ernannten Würdenträgern des Congresses auch den Präsidenten der laryngologischen Section abgesetzt hatte, resignirte die Mehrzahl derjenigen Laryngologen, welche vorher Stellungen im Bureau der laryngologischen Section angenommen hatten. Es wurde darauf eine Anzahl von Versuchen angestellt, einen Nachfolger für den vacanten Präsidentenstuhl zu gewinnen. Dieselben blieben indessen fruchtlos. „Ich lehnte sofort ab," schreibt uns einer der betreffenden Herren, „erstens, weil ich mit der Handlungsweise der American Medical Association bei dem Meeting in New-Orleans nicht sympathisirte, sodann weil ich unter keinen Umständen eine Stellung annehmen wollte, welche durch die ungerechtfertigte Vertreibung eines Andern und noch dazu eines guten, persönlichen Freundes vacant geworden war." — Schliesslich wurde die unseren Lesern bekannte Verschmelzung mit der otologischen Section vorgenommen. Als die lebhaften principiellen Proteste von amerikanischer wie europäischer Seite gegen diese Verschmelzung die gegenwärtigen Lenker der Geschicke des Congresses dazu veranlassten, den betreffenden Be-

schluss rückgängig zu machen, gelang es schliesslich, einen Laryngologen zu finden, der das dornenvolle Amt des Präsidenten auf sich nahm, — wie wir nicht zweifeln: ausschliesslich von der redlichen Absicht beseelt, aus dem Schiffbruch zu retten, was möglich war. Gern registriren wir hier, dass die Uneigennützigkeit seiner Bemühungen von keiner Seite angezweifelt und dass allerseits betont wird, dass der neue Präsident persönlich sehr beliebt ist und Niemand der von ihm gegenwärtig geleiteten Abtheilung Uebles wünscht. Aber mit ebenso grosser Bestimmtheit wird betont, dass die Verhältnisse seine Aufgabe zu einer fast unmöglichen gemacht haben. Anscheinend ist es nicht einmal gelungen, einen Vorstand in der üblichen Zusammensetzung zu bilden; wenigstens ist von der Existenz eines berathenden Körpers (Council) bisher nichts bekannt geworden. Unter den fünf Vicepräsidenten, die uns namhaft gemacht werden. befinden sich zwei Herren, deren Namen uns auf laryngologischem Gebiete niemals begegnet sind. „Die laryngologische Section in ihrer gegenwärtigen Zusammensetzung", schreibt man uns, „kann weder die Repräsentantin der amerikanischen Laryngologie genannt werden, noch wird sie hier in diesem Lichte betrachtet. Fast alle hervorragenden Specialisten, d. h. die Männer, welche sich hauptsächlich durch ihre literarische Thätigkeit einen Namen gemacht haben, haben es abgelehnt, unter der gegenwärtigen Leitung ein Ehrenamt anzunehmen, einfach weil ein so allgemeines Gefühl von Widerwillen gegen die Art und Weise herrscht, in welcher die Politiker des Congresses vorgegangen sind, dass Niemand sich demselben entziehen kann." — Und in Beantwortung unserer Frage: welches die Haltung der hervorragenden amerikanischen Laryngologen in der Angelegenheit sei, und ob europäische Besucher darauf rechnen könnten, bei dieser Gelegenheit mit denjenigen Collegen zusammenzutreffen, welche man in Europa als die Repräsentanten der amerikanischen Laryngologie betrachtet, wird uns von einer Seite geschrieben, dass die Haltung dieser Männer ein Gefühl von Bedauern oder Gleichgültigkeit sei, „von Bedauern darüber, dass die gegenwärtige auf persönlich-politisch-geographischer Basis beruhende Organisation den wissenschaftlichen Erfolg der Section, soweit die amerikanische Laryngologie betroffen sei, gefährdet habe; von Gleichgültigkeit, angesichts der Hoffnungslosigkeit, einen Ausweg aus der selbstmörderischen in New-Orleans adoptirten Politik zu finden." Von anderer, ebenfalls wohlunterrichteter Seite versichert man uns, dass wir autoritativ mittheilen könnten, dass die grosse Majorität der Laryngologen der Vereinigten Staaten mit dem Congresse absolut nichts zu thun haben wolle, dass eine gewisse Anzahl sich gleichgültig verhalte, und dass nur eine kleine Minorität in Washington erscheinen werde. Man hat uns dies sogar mit Zahlen belegt, aus denen hervorzugehen scheint, dass von den Mitgliedern der American Laryngological Association — welche als Körperschaft bisher überhaupt nicht Stellung zu der Frage genommen hat*) — die Majorität (in der sich fast alle be-

*) Wie man uns mittheilt, soll bei der nächsten Vorstandssitzung der Association die Frage erwogen werden, ob es räthlich sei, die nächste Versammlung derselben vom Mai auf den September zu verlegen, um etwa zum Congress kommenden, europäischen Laryngologen die Gelegenheit zu geben, an der Thätigkeit der Association theilzunehmen. — Wir müssen gestehen, dass wir uns für diesen Plan nicht sehr be-

kannteren Laryngologen Nordamerikas befinden) sich in Opposition zu dem Congresse befindet und auf demselben bestimmt nicht erscheinen wird; dass über die schliessliche Entscheidung etwa des vierten Theiles der Mitglieder gegenwärtig nichts Sicheres ausgesagt werden kann, wenngleich es wahrscheinlich ist, dass auch diese Gruppe sich schliesslich ablehnend verhalten wird, und dass nur eine kleine Minorität — etwa $^1/_5$ der Gesammtzahl — sich der Sache gegenüber freundlich stellt. Selbstverständlich handelt es sich bei dieser Schätzung nur um ungefähre Zahlen, doch wird uns die betreffende Information mit aller Bestimmtheit gegeben.

Noch weitere Details sind uns mitgetheilt worden, doch genügen schon obige Mittheilungen, um die Frage zu rechtfertigen: Wie sollen sich die europäischen Laryngologen der Sachlage gegenüber verhalten?

Diese Frage wird von unseren amerikanischen Gewährsmännern etwas verschieden beantwortet. Während der eine derselben, „allen Collegen, welche die Absicht hatten, sich an der laryngologischen Section in dem Glauben zu betheiligen, dass diese Section einen Erfolg haben werde, und dass sie selbst die erwünschte Gelegenheit haben würden, irgendwelche von den ihnen dem Rufe nach bekannten amerikanischen Collegen persönlich kennen zu lernen, den dringenden Rath geben möchte, fern zu bleiben, da die laryngologische Section ihren Namen nicht verdiene und von keinem der repräsentativen, amerikanischen Laryngologen besucht werden würde", drückt ein anderer dieselbe Ansicht in milderer Form dahin aus, „dass es selbstverständlich unseren ausländischen Freunden überlassen bleiben müsse, zu entscheiden, ob es für sie richtig sei, diese inneren Spaltungen zu ignoriren, und dass jeder zweifellos in dieser Frage nach seinem persönlichen Geschmack und Gefühl handeln werde. Die, welche kämen, würden Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich des Congresses finden, aber sie würden finden, dass fast der ganze repräsentative Einfluss sich in schärfstem Gegensatze zu der gegenwärtigen Organisation des Congresses befinde."

Jedenfalls ist jetzt der Augenblick gekommen, in welchem die europäische Laryngologie sich über ihre Theilnahme an dem Congresse schlüssig machen muss.

Unsere eigene Meinung über diese Frage ist folgende:

Die Aufgabe internationaler, medicinischer Congresse besteht, soweit wir zu übersehen vermögen, einerseits darin, schwebende Fragen von allgemeinem Interesse durch persönliche Aussprache ihrer Lösung näher zu bringen, zum andern darin, persönliche Anknüpfungen zwischen gleichstrebenden, wissenschaftlichen Aerzten verschiedener Nationen zu ermöglichen. Dies gilt für den ganzen Körper ebenso wie für die einzelnen Sectionen. Können wir nun nach den obigen Auseinandersetzungen die Erfüllung dieser beiden Forderungen, ja selbst nur

---

geistern können. Eine derartige Sitzung der Gesellschaft würde, mit welchen Motiven man auch immer die Verlegung rechtfertigen mag, naturgemäss den Charakter eines „Oppositionscongresses" annehmen, und ganz abgesehen davon, dass das Tagen eines kleinen Special-Congresses fast gleichzeitig mit einem grösseren, in welchem das Specialfach immerhin vertreten ist, manches Bedenkliche hat, würde ein derartiges Vorgehen aller Wahrscheinlichkeit nach die Gegensätze verschärfen, nicht mildern. Das scheint uns in Niemandes Interesse zu liegen.

der einen oder der anderen erwarten? Wir glauben; die Antwort muss verneinend lauten und damit dürfte für diejenigen, für welche eine derartige Zusammenkunft mehr ist als eine Vergnügungsreise unter wissenschaftlichem Motto, der Hauptreiz zum Besuche des diesjährigen Congresses fallen.

Aber die Frage hat noch eine andere, ethische Seite, und diese dürfen wir nicht mit Stillschweigen übergehen.

Es ist nicht unsere Aufgabe, uns eingehend mit den inneren Streitigkeiten unserer amerikanischen Collegen zu beschäftigen; eine kurze Analyse der dem ursprünglichen Comité gemachten Vorwürfe ist aber unerlässlich, um auch den Rechtsstandpunkt in dieser Frage klarzustellen.

Das Comité wird, soweit wir wissen, beschuldigt, dreierlei Verstösse begangen zu haben: 1) es habe seine Aufgabe überschritten, indem es nach Annahme der von ihm überbrachten Einladung sich als vorbereitendes Comité constituirt und den Vorstand des Congresses erwählt habe; 2) es habe in der Vertheilung der Vorstandsämter den grossen Städten des Ostens und Nordens ein completes Monopol gegeben; 3) es habe die Codexfrage, welche den ärztlichen Stand im Staate New-York in zwei feindliche Lager spaltet, ignorirt und Männer zu Ehrenämtern befördert, welche Anhänger des neuen Codex sind, d. h. mit Homoeopathen consultiren.

Was den ersten dieser Punkte anbelangt, so haben wir uns aus dem, was wir gehört und gelesen, ein definitives Urtheil nicht bilden können. Wir wissen aber, dass der von dem ursprünglichen Comité erwählte Vorstand des Congresses im besten Sinne die wissenschaftliche Medicin Amerikas repräsentirte. Als ein Beispiel hierfür möchten wir gerade auf die ursprünglich projectirte Vorstandsliste der laryngologischen Section (vgl. Centralblatt I p. 372) verweisen, in der wir nur einen, mit Recht in Amerika geehrten Namen vermissen. Selbst wenn daher das Comité seine Functionen überschritten hätte, wäre es wohl richtiger gewesen, ihm in Anerkenntniss der vorzüglichen Weise, in welcher es den Vorstand zusammengestellt, Decharge zu ertheilen, anstatt die Angelegenheit zu einem crimen laesae majestatis der American Medical Association zu machen, den ärztlichen Stand Amerikas in zwei Parteien zu spalten, und den Erfolg des Congresses zu ruiniren.

Was nun das Monopolisiren der Vorstandstellen für die grossen Städte des Ostens und Nordens anbetrifft, so darf man wohl sagen: Hinc illae lacrymae! Wenn auch der Opposition das Mäntelchen des öffentlichen Interesses umgehängt und die Handlungsweise des ursprünglichen Comités mit einer äusserst sittlichen Entrüstung verdammt ist, so ist es doch ein sehr öffentliches Geheimniss, dass es die persönliche Unzufriedenheit Einzelner war, welche die ganze Opposition gegen die ursprünglichen Beschlüsse organisirte. Nun wäre es freilich, wie schon der Brief in unserer letzten Julinummer hervorhob, politischer gewesen, im Ganzen auch der Städte des Südens und Westens mehr zu gedenken, und einzelnen hervorragenden Repräsentanten des ärztliches Standes dieser Städte Ehrenämter zu verleihen, um die Opposition a priori einer gefährlicher Waffe zu berauben. Einen internationalen medicinischen Congress aber auf der persönlich-politisch-geographischen Basis (wie einer unserer amerikanischen Gewährsmänner dies

treffend und concis bezeichnet) construiren zu wollen, auf welcher der Washingtoner Congress gegenwärtig aufgebaut ist, erscheint uns der Natur der Sache nach als ein Unding. Denn wir haben es hier nicht mit medico-legalen oder parlamentarischen Fragen zu thun, in welchen eine proportionale Vertretung der einzelnen Theile des Landes erforderlich und von der Gerechtigkeit geboten ist, sondern mit einer wissenschaftlichen Zusammenkunft. Und es ist ganz selbstverständlich, dass die Vertreter wissenschaftlicher Medicin sich dermassen in grösseren und älteren Centren, vor allen in Universitätsstädten anhäufen, dass allerwärts und bei allen derartigen Gelegenheiten diesen Centren eine ganz vorwiegende Vertretung wird eingeräumt werden müssen. Freilich sollte es dabei stets das Bestreben der leitenden Elemente sein, gerade derer nicht zu vergessen, welche unter Schwierigkeiten, fern von dem anregenden Verkehr mit gleichstrebenden Genossen, treulich wissenschaftliche Interessen zu pflegen bemüht sind. Dass aber dem ursprünglichen Präsidium der laryngologischen Section der Vorwurf nicht gemacht werden kann, diesen wichtigen Gesichtspunkt ausser Augen gelassen zu haben, ergiebt sich aus der Zusammensetzung des ursprünglich beabsichtigten Vorstandsrathes: die acht Mitglieder desselben vertheilen sich auf acht verschiedene Städte und der Süden und Westen war ebensogut vertreten als der Norden und Osten.

Endlich haben wir noch des gegen das Comité erhobenen Vorwurfs zu gedenken, dass es Männer zu Ehrenstellen befördert habe, welche mit Homöopathen consultirten. Hierzu haben wir Folgendes zu bemerken:

Wir selbst sind entschiedene Gegner der Consultation mit Homöopathen und bethätigen unsere diesbezügliche Ansicht bei jeder Gelegenheit. Aber wir massen uns nicht das Recht an, über ehrenwerthe Collegen, welche in dieser einen Frage eine von der unseren verschiedene Ansicht hegen, zu Gericht zu sitzen, und vor allen Dingen halten wir es für ein schreiendes Unrecht, dass solche Collegen aus diesem einem Grunde vor den Augen der ganzen Welt einer Ehrenstellung direct beraubt worden sind, welche ihnen einmal durch das Urtheil competenter Fachgenossen zuerkannt worden war, und auf welche sie kraft ihrer wissenschaftlichen Verdienste, auf welche es hier in erster Stelle ankommt, ein Anrecht hatten! Selbst wenn man die Ansichten der jetzigen Machthaber über diese Frage theilt, so heisst es doch sicherlich in diesem Punkte: summum jus summa injuria! — Denn auch angenommen, das ursprüngliche Comité habe einen Fehler in der Wahl solcher Männer begangen: sollen diese etwa für den Fehler des Comités in der Weise büssen, dass man ihnen angesichts der ganzen Welt den Schimpf anthut, sie ihrer Stellung zu entsetzen? Soll solch' ein Vorgehen von den Aussenstehenden als selbstverständlich und gerechtfertigt angenommen werden? —

Unsere amerikanischen Specialcollegen sind, wie unsere Mittheilungen zeigen, im Begriff, auf diese Frage eine ebenso würdige wie emphatische Antwort zu geben; es erscheint uns als die Pflicht der europäischen Laryngologie, ihnen treu zur Seite zu stehen! — Möge sich jeder europäische Laryngolog, der einen Namen einzusetzen hat, erinnern, dass wir leider zu dem nächsten Congresse nicht in der harmlosen Gemüthsstimmung kommen können, mit welcher wir frühere Con-

gresse besucht haben und spätere hoffentlich wieder besuchen werden, in der Stimmung nämlich, einem freundschaftlichen, wissenschaftlichen Wettkampfe entgegenzugehen, in der Hoffnung, neue werthvolle Freundschaften anzuknüpfen! So wenig der europäische Besucher der laryngologischen Section auch selbst wünschen mag, seinem Erscheinen den Stempel einer Demonstration aufgedrückt zu sehen, so liegt es in der Natur der Sache, und zwar um so mehr, je bekannter sein eigener Name ist, dass dieses Erscheinen als eine directe Billigung des oben charakterisirten Vorgehens aufgefasst, dass von der einen Seite aus demselben Capital geschlagen, dass es auf der anderen Seite schmerzlich empfunden werden wird. Möge Jeder der Betreffenden sich in die Lage der schmählich Beleidigten versetzen — und wir glauben: seine Entscheidung kann nicht zweifelhaft sein! Entweder ist das Wort „Collegialität" eitel Schall und Rauch, gut genug, um bei Toasten und Verbrüderungsreden zu figuriren, im Uebrigen aber ohne jede tiefere Bedeutung. Oder aber: es hat eine solche Bedeutung. Und derjenige, der mit uns der letzteren Ansicht huldigt, der des Glaubens ist, dass es Verhältnisse giebt, in welchen man seiner Ueberzeugung auch das Opfer eines liebgewordenen Planes bringen muss, wird — das denken wir mit Bestimmtheit —, wenn auch mit aufrichtigem Bedauern, mit uns zu der einzig möglichen Schlussfolgerung gedrängt werden: dass es für die europäische Laryngologie bei der gegenwärtigen Sachlage nur einen Weg giebt, gleichzeitig ihrer eigenen Würde gemäss zu handeln und unseren repräsentativen amerikanischen Collegen einen Beweis unserer Sympathien zu geben, nämlich den: sich jeder Theilnahme an dem bevorstehenden Congresse zu enthalten! —

Zum Schlusse noch ein Wort: Die Informationen, auf welchen obige Ausführungen beruhen, dürfen auf unbedingte Zuverlässigkeit Anspruch erheben; die Schlüsse, zu welchen wir gelangt sind, ja selbst die Ausdrücke, in welche wir unsere Ueberzeugungen gekleidet haben, dürfen als das Product reiflichster Erwägung, welche Allen gerecht zu sein bemüht war, und sich auch die Schwächen der verfochtenen Sache nicht verhehlt hat, betrachtet werden. Sollte indessen irgend eine berechtigte Einwendung gegen unsere Darstellung, unsere Schlussfolgerungen erhoben werden, irgend welche neue Gesichtspunkte, von denen die Frage zu betrachten wäre, aufgestellt werden können, so wollen wir gern die Spalten des Centralblattes bezüglichen Einsendungen öffnen.

---

# II. Referate.

## a. Aeusserer Hals.

1) **Poulsen** (Kopenhagen). **Ueber die Fascien und die intrafascialen Räume des Halses.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 23. Heft 3 u. 4. 1886.*

Die grosse Wichtigkeit sowohl, welche die Fascien des Halses für den Chirurgen wegen Entstehung und Verbreitung von Eiterablagerungen haben, als auch die sehr verschiedene Darstellung, welche dieselben bisher erfahren, veran-

lassten den Verf. zu der vorliegenden höchst mühsamen und fleissigen Arbeit. Er bediente sich einer neuen Methode, indem er Durchschnitte anfertigte und gefärbte Flüssigkeiten injicirte. Er theilt die Halsfascien ein in eine oberflächliche und eine tiefe, und unterscheidet mehrfache von den einzelnen Theilen dieser Fascien gebildete Räume (interfasciale Spatien), so namentlich das Spatium suprasternale, das untere Halsdreieck, das Spat. prä- und retroviscerale, den Raum für die Gefässscheiden der Carotis und Vena jugul.; ferner die Regio parotidea, sublingualis, sternocleidomastoidea. Die Details, welche sich für ein Referat nicht eignen, müssen im Original gelesen werden. SCHECH.

2) **Jones** (Liverpool). **Deformität des Halses nach acutem Rheumatismus. (Deformity of the neck after acute rheumatism.)** *Liverpool Medico-chirurgical Journal. Juli 1886.*

Die Deformität bestand darin, dass der rechte Kieferwinkel auf der Sternoclavicularincisur ruhte. Die Behandlung beruhte in sehr sorgfältig angepasster, allmäliger Hebelbewegung. Der Erfolg war eine Hebung der vorherbestandenen Dyspnoe und eine Rückkehr einer mässigen Beweglichkeit. Details sind im Original nachzulesen. McBRIDE.

3) **P. Blocq. Ueber eine neue Abart von Halscysten: Crico-thyroldealcyste. (D'une variété nouvelle de kystes du cou: kystes crico-tyroldiens.)** *Gazette méd. de Paris. No. 12, 13, 16 et 17. 1886.*

B. giebt zuerst 3 Beobachtungen wieder und erklärt auf Grund dieser, dass auf dem ligamentum conicum congenitale und erworbene Cystenbildung vorkommt. —

Der erste Fall betrifft ein 16jähriges Mädchen, bei welchem sich in der Mitte des Halses aus einer kleinen Geschwulst allmälig eine grössere entwickelt hatte, die leichte Schlingbeschwerden und eine heisere Stimme verursachte. Die fluctuirende Geschwulst folgte den Bewegungen des Kehlkopfes.

Im zweiten Falle trat ein fluctuirender Tumor, bei einem Tuberkulösen auf. Die Haut über der Geschwulst war nicht geröthet. Es bestanden Schlingbeschwerden und Rauhigkeit der Stimme. Die Geschwulst wurde eingeschnitten und ungefähr 30 Gramme Eiters flossen aus. —

Der 3. Fall betraf eine 40jährige Frau, bei welcher sich vor einem Jahre in der Mittellinie des Halses die Cyste allmälig entwickelt hatte. Die Cyste wurde entleert. Zwei Monate später kehrte aber die Kranke wegen heftiger Dyspnoe zurück. Trotz Tracheotomie trat der Tod ein unter Bildung eines allgemeinen Emphysems. — Bei der Obduction fand man eine eitrige Infiltration der Kehlkopfschleimhaut, die von dem ligamentum conicum ausgegangen war.

E. J. MOURE.

4) **Wölfler** (Wien). **Zur operativen Behandlung des Hygroma colli congenitum (Wernher). (Lymphangioma colli cysticum [Wegner].)** *Wiener med. Presse. No. 28 u. 29. 1886.*

W. operirte einen solchen Fall von mehrkämmerigen angeborenen Cysten von grosser Ausdehnung in der rechten Hals-, Nacken- und Schultergegend bei einem 3jährigen Kinde. Die zwei Cystenhöhlen wurden durch Schnitt eröffnet,

in jede ausser einem fingerdicken Drainrohr noch lange Jodoformgazestreifen eingeführt, und dadurch in circa 2 Monaten Verwachsung der Cystenwände erzielt. W. nennt dieses Verfahren „antiseptische Drainage“ und zieht es allen andern Operationsmethoden bei weitem vor. CHIARI.

5) **A. Lisenco. Zur Casuistik des Sarcoma colli. (Slutschai wilutschenia sarcomi schei.)** *Chirurg west. p. 632. 1886.*

Exstirpation eines grossen Sarcoms, das die ganze linke Seite des Halses einnahm. Heilung. Der Tumor wog etwa 3 Kgrm. LUNIN.

6) **P. Fabre** (Commentry). **Zum Studium der gashaltigen Tumoren der vorderen Halsregion. (Contribution à l'étude des tumeurs gazeuses de la région antérieure du cou.)** *Gazette méd. de Paris. 7. August 1886.*

F. giebt zwei Fälle von gashaltigen Tumoren des Halses und der oberen Thoraxgegend wieder.

Der erste Fall betrifft ein drei Monate altes Kind, bei welchem im Verlaufe einer einfachen Bronchitis in der obern und untern Schlüsselbeingrube ein subcutanes Emphysem auftrat, das nach 10 Tagen wieder verschwand.

Im zweiten Falle, der ebenfalls ein Kind betrifft, handelte es sich um ein congenitales Fehlen des ersten Stückes des Sternum. Hier war die untere Hals- und die obere mittlere Brustgegend durch ein Luftdivertikel vorgewölbt, das bei der Exspiration an-, bei der Inspiration abschwoll. E. J. MOURE.

7) **R. J. Godlee** (London). **Ein Fall von Exstirpation einer Geschwulst des Halses, mit Verletzung des Halstheils des Sympathicus. (A case of removal of a tumour of the neck causing injury to the cervical sympathetic.)** *Trans. Clin. Soc. of London. Vol. XIX. p. 321. 1886.*

Es handelte sich um einen grossen, in den Pharynx hineinragenden, zum Schnarchen Veranlassung gebenden, schnell wachsenden Tumor (Neurom des Sympathicus?), nach dessen Entfernung dauernde Augenstörungen (Lidenge, Pupillenenge, Mangel der Pupillenreaction auf Cocain etc.) auftraten. Wegen weiterer Details muss auf das Original verwiesen werden. SEMON.

8) **P. Tissier. Ueber die Angina infectiosa submaxillaris. Ueber die sogenannte Angina Ludovici und über die phlegmonösen Processe der oberen Zungenbeingegend im Allgemeinen. (De l'angine sous-maxillaire infectieuse. De l'angine dite de Ludwig et des phlegmons sus-hyoïdiens en général.)** *Progrès méd. No. 35—38. 1886.*

Nach einer historischen Einleitung wird ein genaues Bild dieser Affection mit ihren localen und ihren allgemeinen Symptomen entworfen. Nach T. ist es wahrscheinlich, dass ein Krankheitserreger der sogenannten Angina Ludovici, der er lieber den Namen „Angina submaxillaris infectiosa“ geben möchte, zu Grunde liege, wiewohl derselbe noch nicht isolirt gefunden werden konnte.

Zum Schlusse macht T. eine differentialdiagnostische Schilderung obiger Affection mit anderen in der oberen Zungenbeingegend vorkommenden phlegmonösen Processen. E. J. MOURE.

9) **Kendal Franks** (Dublin). **Die Natur und chirurgische Behandlung der scrophulösen Halsdrüsen. (The nature and surgical treatment of scrofulous cervical glands.)** *Dublin Journal of Medical science. October 1886.*

In der chirurgischen Section der Academy of Medicine in Irland las F. eine Abhandlung vor, in welcher er die frühzeitige Excision scrophulöser Halsdrüsen dringend empfahl. Diese Abhandlung rief eine lebhafte Discussion hervor und das allgemeine Gefühl ging dahin, dass die chirurgische Behandlung nicht zu schnell unternommen werden sollte. M'BRIDE.

10) **Wainwright** (London). **Abscess am Hals und hinter dem Pharynx, beinahe zum Tode durch Suffocation führend. (Abscess of the neck and behind the pharynx almost causing death by suffocation.)** *Lancet. 9. October 1886.*

Bericht über einen Fall bei einem Mann, welcher einen Abscess unter dem Trapezius rechterseits und einen zweiten an der rechten Seite des Pharynx hatte. Die Eröffnung des Abscesses unter dem Trapezius besserte einige Zeit lang die Athmung. Später wurde der Pharynxabscess in Folge eines schweren Anfalls von Dyspnoe geöffnet; es entleerte sich guter Eiter und die Symptome besserten sich vollends.

Patient hatte vor 5 Jahren Syphilis und litt zur Zeit an einer Rupiaeruption.

A. E. GARROD.

11) **T. Troitzki** (Podolsk). **Parotitis epidemica. (Epidemitscheski periparotit.)** *Wratsch. No. 33 u. 34. 1886.*

Ziemlich ausführliche Beschreibung einer Schulepidemie in einer geschlossenen Anstalt. Die Zahl der Schüler war 73, wovon 46 Knaben und 27 Mädchen. Die Kinder standen im Alter von 6 bis 11 Jahr. Von den Knaben erkrankten 52 pCt. und von den Mädchen 74 pCt. In den beigefügten Tafeln sieht man deutlich, wie die Ansteckung immer zuerst auf die Nachbarn der Erkrankten überging. Irgend welche Complicationen kamen nicht vor. In demselben Hause befand sich im Stocke über dieser Schule eine Volksschule; in derselben kam kein Erkrankungsfall zur Beobachtung. Die Volksschule hatte einen besonderen Eingang und die Schüler dieser beiden Schulen kamen mit einander nicht in Berührung. Die Epidemie dauerte von Mitte October bis Anfang August. Am Schlusse spricht sich Verfasser gegen die Isolirung aus. LUNIN.

12) **Skene Keith** (Edinburgh). **Ein Fall von Eiterung der Parotis nach einer Ovariotomie. (A case of suppuration of the parotis following ovariotomy.)** *Edinburgh Medical Journal. October 1886.*

Dieser Artikel enthält die Beschreibung eines Falles, in dem am 11. Tage nach der Operation eine suppurative Parotitis auftrat. Voranging eine Phlegmasie des linken Beins. Keith ist geneigt zu glauben, dass die Neigung zur Parotitis bei der Ovariotomie nicht grösser ist, als bei anderen Operationen. McBRIDE.

13) **Trélat. Lymphadenom der Parotisgegend. (Lymphadénome de la région parotidienne.)** *Le Praticien. No. 36. 6. Sept. 1886.*

Es handelt sich um einen bereits im Jahre 1883 operirten und jetzt recidivirenden Fall, den T. trotz der Schwere der Operation und der Tiefe der zu

setzenden Wunde operiren will, da sonst der Kranke in Folge des raschen Wachsthums des Tumors unrettbar verloren wäre. E. J. MOURE.

14) **J. Hutchinson junior** (London). **Neurom der Parotis. (Neuroma of parotid.)** *Brit. Med. Journal. 22. May 1886.*

Demonstration des Präparates vor der Pathol. Society of London am 18. Mai 1886. Es handelte sich um einen kleinen oberflächlich in der Parotis gelegenen Tumor, der von Mr. Waren Tay entfernt worden war. Dauernde Facialisparalyse war der Operation gefolgt, und H. schloss aus der mikroskopischen Untersuchung des Tumors, dass es sich um ein Neurom eines sensibeln in der Parotis endigenden Nervenzweiges handelte, eine Ansicht in der er von Mr. Butlin unterstützt wurde, während Dr. Hale White die gegebene Erklärung anzweifelte. SEMON.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Aschenbrandt** (Würzburg). **Die Bedeutung der Nase für die Athmung.** Würzburg. Verlag der Stahel'schen Universitäts-Buchdruckerei und Kunsthandlung. 1886.

Verf. prüft durch Experimente die der Nase zugeschriebenen Functionen der Erwärmung, Durchfeuchtung und Reinigung der Inspirationsluft und kommt zu folgenden Resultaten. Die eingeathmete Luft wird auf ihrem Wege durch die Nase allein auf über 30° C. erwärmt. Ob die inspirirte Luft etwas wärmer oder kälter eingeathmet wird, ist innerhalb normaler Verhältnisse von keinem wesentlichen Einfluss. Die Annahme einer Reihe von Autoren, die Wasserabgabe der Lunge an die eingeathmete Luft sei eine bedeutende, ist irrthümlich. Die Luft wird in der Nase schon ihrer Temperatur entsprechend bis zu ihrer absoluten Feuchtigkeit gesättigt. Feineren chemischen Staub und Gase hält die Nase nicht zurück. Von den gröberen Staubtheilen lässt dieselbe keine in die tieferen Respirationsorgane gelangen, jedoch werden dieselben nicht durch sie allein zurückgehalten, sondern es ist dabei auch der Nasenrachenraum von wesentlicher Bedeutung. Die höchst interessanten Details sind im Original zu lesen. SCHECH.

16) **N. Holm** (Kopenhagen). **Einige Fälle von Anosmia syphilitica. (Nogle Tilfaelde af Anosmia syphilitica.)** *Hospitals-Tidende. 1. Juli 1886.*

Verf. theilt 2 Fälle von Verlust des Geruchs bei alten inveterirten Syphilitikern mit, wo keine krankhaften Veränderungen der Nasenschleimhaut diesen Verlust des Geruchvermögens zu erklären im Stande waren, und wo man pathologische Veränderungen (des Craniums oder der Meningen), die eine Destruction der Bulbi olfactorii verursacht hatten, vermuthen musste. SCHMIEGELOW.

17) **A. A. Manore. Bemerkungen über Nasencatarrh. (Remarks on nasal catarrh.)** *Cincinnati Lancet Clinic. 7. August 1886.*

Es werden besonders die Nasendouche (vordere und hintere) und Insufflationen empfohlen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **D. Lees** (London). **Ueber die neurotische Behandlung des Schnupfens. (On the neurotic treatment of catarrh.)** *Brit. Med. Journal. 13. Februar 1886.*

L. definirt in einem am 4. Februar 1886 vor der Harveian Society von London gehaltenen Vortrage den Schnupfen als eine vasomotorische Neurose, reflectorisch durch Erkältungseindrücke auf die Hautnerven hervorgebracht. Er betont die Möglichkeit des bacteriellen Ursprungs mancher, wenn auch nicht aller Nasencatarrhe. Angesichts des neurotischen Characters des Leidens muss auch die Behandlung eine antineurotische sein, d. h. die Erregung des Centralnervensystems herabsetzen, die locale Congestion und Hyperästhesie der Nasenschleimhaut mindern, und die Secretion — falls dieselbe bereits begonnen hat — zum Stillstand bringen. Zu diesen Zwecken werden Opium oder besser noch: grosse Dosen von Bromkalium, locale Applicationen von Cocain und Tinctura Belladonnae innerlich (20 Tropfen 1—2stündlich, bis Trockenheit im Halse eintritt) empfohlen. Die Mittheilung eines illustrirenden Falles beschliesst den Vortrag.

SEMON.

19) **Walther Lindley. Heufieber in Süd-Californien. (Hay fever in South-California.)** *Southern California Practitioner. Juli 1886.*

Es ist dies ein Bericht über Mittheilungen, die Verf. von 50 Aerzten in Süd-Californien erhalten hatte. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Das Heufieber entsteht daselbst niemals. 2) Alle, die hinkamen, um Heilung zu suchen, fanden daselbst Nutzen, fast Alle Heilung. 3) Wer am Seegestade nicht geheilt wird, erreicht dies, wenn er sich einige Meilen in das Binnenland hineinbegiebt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **Beverley Robinson. Beitrag zum Studium des sogen. Heufiebers. (A Contribution of the study of hay-fever [so called].)** *Medical News. Philadelphia. 17. Juli 1886.*

Der Zweck dieser Arbeit ist, wenn möglich zu verhüten, dass die gegenwärtig herrschende Ansicht uns zu weit vom rechten Wege abführt, indem sie uns in jedem Heufieberkranken einen Fall sehen lässt, der zu schweren Nasenoperationen, oder zu fortgesetzter Nasenbehandlung geeignet ist. Viele unter diesen Unglücklichen haben weder besondere sensitive Zonen zum Cauterisiren, noch Obstructionen zum Zerstören, noch abnorme Septa zum Wegschneiden, noch Catarrhe zum Behandeln. Es sind einfach Individuen, welche — wenn nicht deutliche pathologische Zustände den Ursprung oder die Quelle der weitentfernten Nasen- und anderer Phänomene abgeben, die in dem Begriff Heufieber enthalten sind —, zu den noch unbekannten Neurotikern oder Neuropathen gehören; ferner solche, die von Pollenkörnern zu leiden haben, oder solche, die unter einer oder mehreren der zahlreichen phychischen Einwirkungen stehen. Es können auch äussere Reize oder atmosphärische Zustände hierbei eine Rolle spielen.

W. J. SWIFT (LFFFERTS).

21) **Wm. Moss. Die subcutane Morphiuminjection gegen Herbstcatarrh. (The hypodermatic administration of Morphia for autumnal catarrh.)** *Medical News. Philadelphia. 18. Sept. 1886.*

M. berichtet einen schweren Fall von Herbstcatarrh, in dem die subcutane Injection von 15 Mgrm. Morf. sulf. sofort vollständige Besserung brachte, welche

nahezu 48 Stunden anhielt. Die Injectionen wurden ungefähr eine Woche lang einen Tag um den andern und hierauf zwei Mal jede Woche wiederholt.

W. J. SWIFT (LEFFERST).

22) **F. de Havilland Hall** (London). **Die Behandlung des Niesens, des Heufiebers etc. mit dem Galvanocauter. (On the treatment of sneezing, hay-fever etc. by the galvanocautery.)** *Lancet. 13. Nov. 1886.*

H. bespricht den grossen Nutzen, welchen man in Fällen von paroxysmenartigem Niesen durch die verständige Application des Galvanocauters auf die, die unteren Nasenmuscheln bekleidende Schleimhaut erzielen kann.

Er berichtet den interessanten Fall einer verheiratheten Frau von 27 Jahren, welche seit 3 oder 4 Jahren jedes Jahr ungefähr einen Monat an Heufieber gelitten hatte.

Während der ersten Schwangerschaft wurde sie von heftigen Niesparoxysmen befallen, welche nach der Geburt eines todtgeborenen Kindes aufhörten.

Während der zweiten Schwangerschaft kehrten die Anfälle wieder, und man fand bei der Untersuchung, dass die Scheimhaut beider unteren Nasenmuscheln, besonders aber der rechten, stark hypertrophisch war. Nach Application von Cocaïn wurde die Schleimhaut beider Nasenmuscheln cauterisirt, und die Operation wurde nach 14 Tagen wiederholt. Es wurde ferner der Patientin empfohlen, einen Spray mit 2proc. Cocainlösung zu gebrauchen, und die Niesanfälle wurden mit Carbolriechsalz behandelt. Diese Behandlung hatte ein fast vollständiges Aufhören der Niesanfälle zur Folge.

Das Verfahren, welches H., nachdem andere Mittel versagt hatten, allein einschlug, war folgendes:

Die Nasenhöhle wurde zuerst ohne Cocain untersucht, da dieses eine Contraction der Schleimhaut hervorruft und die Diagnose der Hypertrophie erschwert.

Hierauf wurde eine 10proc. Cocainlösung als Spray verwandt und dann die Schleimhaut mit einer 20proc. Lösung gepinselt. Sobald vollständige Anaesthesie erzielt ist, werden zwei oder drei tiefe Furchen auf die Schleimhaut mittelst eines Platininstruments gemacht, welches durch den galvanischen Strom zur dunkelrothen Hitze gebracht war.

H. hält das Carbolriechsalz von grossem Werth für Beseitigung des Schnupfens und für Fälle obiger Art.

A. E. GARROD.

23) **W. Cheatham. Nasen- und Nasenrachenreflexe. (Nasal and naso-pharyngeal reflexes.)** *Southern Practitioner, Nashville, Tenn. Sept. 1886.*

Die erwähnten Reflexe sind Heufieber, Asthma, Kopfschmerz und Husten. Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **de Campos Salles. Ueber die Ozaena und die Formen von Rhinitis foetida. (De l'ozène et des Rhinites fétides.)** *Thèse. Paris, 1886.*

Nach einer historischen Einleitung über obigen Gegenstand wird im ersten Abschnitte der Arbeit die wahre Ozaena oder Rhinitis atrophica oder Zaufal-sche Erkrankung beschrieben und C. zeigt sich als Anhänger der Zaufal'schen

Theorie, nach welcher in der angeborenen Weite der Nasenhöhle und der Atrophie der unteren Nasenmuschel die Entstehung der Affection zu suchen sei. (Ref. neigt der von Gottstein, Schäffer und Anderen vertretenen Ansicht zu, dass die atrophische Form der Rhinitis aus der hypertrophischen Form hervorgehe.) — C. giebt nun ein Krankheitsbild der wahren Ozaena. Im zweiten Abschnitt der These bespricht C. die verschiedenen Formen der symptomatischen Ozaena, die er mit Rhinitis foetida bezeichnet. Letztere sei nicht eine Krankheit für sich, sondern nur ein Begleitsymptom 1) der Rhinitis chronica simplex, 2) der Rhinitis scrofulosa, 3) der Rhinitis syphilitica und 4) der Rhinitis arthritica und herpetica. C. bespricht diese Varietäten und führt 4 Fälle an, bei denen die Fötidität für immer zum Verschwinden gebracht werden konnte. E. J. MOURE.

25) E. C. Morgan. **Präparate von Schleimpolypen der Nase. (Specimens of mucous polypi of the nares.)** *Journal of the Amer. Med. Association. 18. September 1886.*

Die Präparate (demonstrirt dem District der Columbia Medical Society) waren hinsichtlich ihrer enormen Dimensionen von Interesse.

Das erste hatte die Grösse einer Aprikose; die Geschwulst sass in unmittelbarer Nähe des Orificium der Tuba Eustachii und hatte Taubheit und Ohrenklingen verursacht, welche beiden Symptome nach Entfernung des Polypen verschwanden.

Der zweite Fall war wegen der grossen Anzahl und des grossen Umfangs der Polypenmasse (welche 90 Grm. wogen) interessant. Die Polypen wurden in einer Sitzung entfernt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) Spencer Watson (London). **Behandlung von Nasenpolypen und chronischer Rhinitis. (Treatment of nasal polypi and chronic rhinitis.)** *Brit. Med. Journ. 20. März 1886.*

Aus dem vor der Metropolitan Counties Branch der Brit. Med. Association am 25. Februar gehaltenen Vortrag ist hervorzuheben, dass der Autor sorgfältige Nachbehandlung und in Fällen von durch polypöse Verdickung bedingter Anosmie das Tragen von Vulcanittampons empfahl, um die Passage zwischen der Regio olfactoria und dem respiratorischen Abschnitt der Nase wiederherzustellen. Den Ursprung von Nasenpolypen sucht Watson in dem Bestehen einer chronischen, obstruirenden Rhinitis und drückt sich hinsichtlich der „necrotisirenden Ethmoiditis“ (vgl. Centralblatt II p. 202) sehr skeptisch aus. Behufs der Entfernung hochsitzender Polypen empfiehlt er seine neue von Wright in New Bond Street angefertigte, dünne Hebelzange. SEMON.

27) Spencer Watson (London). **Neue Instrumente zur Entfernung von Nasenpolypen. (New instruments for the removal of nasal polypi.)** *Brit. Med. Journ. 20. Februar 1886 und Med. Society's Transactions. Vol. IX. p. 157. 1886.*

1. Dünne Polypenzange. (Vgl. vorstehendes Referat).
2. Delstanche's Schlinge.
3. Ringmesser.
4. Galvanocaustische Instrumente.

Theilweise Modificationen, theilweise einfache Demonstration bekannter Instrumente. SEMON.

28) **Villar** (Clinique Richet). **Fibröser Schleimpolyp des Nasenrachenraumes. Diagnose. Exstirpation durch einfaches Ausreissen, ohne Voroperation. (Polype fibromuqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales. Diagnostic. Extirpation par l'arrachement simple, sans opération préliminaire.)** *France méd. No. 32. 18. März 1886.*

Der eine 12 Ctm. lange Fortsatz des Polypen, der in die Nase hineinreichte, wurde von der Nase aus, der andere Theil vom Munde aus entfernt.

Der Polyp war an den Choanen inserirt. Es bestand keine Deformation des Nasenskelettes. E. J. MOURE.

29) **Capart** (Brüssel). **Fibröse Nasenrachenpolypen. Heilung durch Electrolyse. Pathologische Präparate. (Polypes Fibreux Naso-Pharyngiens. Guérison par L'Electrolyse. Pièces Pathologiques.)** *Académie Royale de Médecine de Belgique. Séance du 29. Mai 1886.*

Der Autor führt drei Fälle von Nasenrachenpolypen an, wovon es ihm gelungen ist, einen electrolytisch zu heilen. Bezüglich der electrolytischen Methode nichts Neues. Dagegen geht aus der Mittheilung der zwei andern Fälle die weise Lehre hervor, dass man die Resection des Oberkiefers nur vornehmen soll, wenn man Aussicht auf Erfolg hat, denn sonst kann einem der Patient während der Operation in den Händen bleiben, oder man muss um das zu verhüten, die Operation halb vollendet lassen, wie es hier der Fall war.

Die pathologischen Präparate betreffen je einen Fall von syphilitischer Stenose des Larynx und der Trachea. BAYER.

30) **Rattow** (Madras). **Polyp im Nasenrachenraum. (Naso-pharyngeal polypus.)** *Brit. Med. Journal. 17. Juli 1886.*

R. beschreibt vor der südindischen Section der Brit. Med. Assoc. zwei glücklich operirte Fälle von Polypen im Nasenrachenraum. Der eine wurde nach Rouge's Methode, der andere durch Spaltung des weichen Gaumens operirt. A. E. GARROD.

31) **F. Churchill** (London). **Fibrom des Nasenrachenraums. (Postnasal fibroma.)** *Brit. Med. Journal. 23. Januar 1886.*

Ch. zeigte in der Sitzung der Lond. Path. Gesellschaft vom 19. Januar 1886 ein grosses vom Rachendache eines $8^1/_2$jährigen Kindes entferntes Fibrom, welches in beide Nasenhälfte Ausläufer entschieden myxomatöser Natur aussandte. Butlin hielt die ganze Neubildung, dem mikroscopischen Aussehen nach, für einen von einer Nasenmuschel ausgehenden grossen Schleimpolypen. Churchill erwiederte, dass der Polyp an der Mittellinie des weichen Gaumens befestigt gewesen sei. SEMON.

## c. Mundrachenhöhle.

32) **H. A. Lediard** (Carlisle). **Schwarze Zunge. (Black tongue.)** *Trans. Pathol. Soc. of London. Vol. XXXVII. p. 223. 1886.*

Während der untere Theil der Zunge eines 49jährigen Mannes carcinomatös erkrankt war, zeigte sich auf dem vorderen und mittleren Theil des Zungenrückens die im Centralblatt I, p. 118 ausführlich beschriebene schwarze Verfärbung. SEMON.

33) **Swain. Die Balgdrüsen am Zungengrunde und deren Hypertrophie.** *Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 39. Heft 5 u. 6. 1886.*

Das Vorkommen von follikelbesitzenden Balgdrüsen am Zungengrunde bei Erwachsenen ist eine normale wenn auch nicht ganz constante Erscheinung. Die Hypertrophie dieser Drüsen ist bis jetzt noch nicht genügend gewürdigt worden, weshalb Verf. das Thema ausführlicher bearbeitete. Als Ursachen sind chronisch entzündliche mit Hyperplasie einhergehende Processe „Reizzustände, wie sie auch bei andern Krankheiten der Mundrachenhöhle beobachtet werden, zu betrachten“. Die specielle Aetiologie ist allerdings eine dunkle, zuweilen werden mit Bestimmtheit Erkältungen angeschuldigt. Die Krankheit kommt hauptsächlich in den besser situirten Klassen vor, das weibliche Geschlecht namentlich hysterische, anämische, neuropathische Individuen werden besonders bevorzugt; auch ist nicht zu vergessen, dass Erkrankungen anderer zum sogenannten lymphatischen Mundrachenring gehörender Organe — der Gaumenrachentonsillen, auf die Entstehung der Krankheit einen Einfluss haben.

Objectiv, d. h. im laryngoskopischen Bilde äussert sich die Hypertrophie der Balgdrüsen am Zungengrunde durch eine Veränderung des Zungenrückens und Ueberlagerung des Kehldeckels durch die hypertrophischen Drüsen.

Subjective Störungen sind namentlich das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse, eine Druckempfindung, ferner geringe Schmerzen und Brennen, Globus, vermehrter Schluckreiz, unangenehme Empfindungen beim Sprechen und Singen etc. Verf. glaubt ferner, dass die meisten Fälle von Globus hystericus auf die Hypertrophie der Zungenbalgrüsen zurückzuführen seien, indem die Drüsen mit der Epiglottis in Berührung kämen und so theils directe, theils reflectorische Erscheinungen hervorriefen. Der Verlauf der Krankheit ist ein günstiger, nur in 2 Fällen trat Recidive ein. Die Behandlung besteht in wiederholten Bepinselungen mit Lugol'scher Jodlösung, chirurgische Eingriffe, wie Zerstörung der Balgdrüsen mittelst Aetzmitteln, Ecraseur etc., sind selten angezeigt. Die Details, namentlich die histologischen über normale und hypertrophische Balgdrüsen, sind im Original der verdienstvollen Arbeit nachzulesen. SCHECH.

34) **Seifert. Ueber eine seltene Ursache von Reflexneurosen.** *Aus den Sitzungsber. d. Würzb. physik.-med. Gesellsch. Juli 1886.*

Geschwülste der Zungenbasis, Balggeschwülste, vergrösserte Follikel, Cysten können, wenn sie mit der Epiglottis in Berührung kommen, durch direkte Reizung des Vagus Reflexkrämpfe, Husten, Dyspnoë etc. hervorbringen. Zur Illustration beschreibt S. eine langgestielte Neubildung der Zungenbasis (Papillom). SCHECH.

35) **W. H. Evans** (Wolverhampton). **Zwei Fälle von acuter Glossitis. (Two cases of acute glossitis.)** *Lancet. 16. Oct. 1886.*

E. beschreibt zwei sehr interessante Fälle von idiopathischer Glossitis. In dem ersten Fall, bei einem 21jährigen Mann, war die Zunge sehr geschwollen. fixirt und $1^1/_2$ Ctm. über die Zähne hervorragend, Sie war äusserst empfindlich und sehr schmerzhaft. Die Zunge war mit einem dicken braunen Pelz bedeckt und der Athem sehr übelriechend. Es bestand eine leichte Schwellung des Bodens des Mundes. Die Articulation war unmöglich und das Schlucken schwierig.

Die Salivation war reichlich, die Temperatur 38°. Die Ursache war eine „Erkältung“.

Der zweite Patient war 27 Jahre alt und hatte sich auch „erkältet“. Der Zustand der Zunge war ziemlich derselbe, wie in dem ersten Fall. Beide Fälle genasen in wenigen Tagen. Sie wurden mit Beef-tea und Milch ernährt, und der Darm wurde durch salinische Abführmittel offen erhalten. Im zweiten Fall war die Spannung so gross, dass der Zungenrücken incidirt werden musste. E. war nur im Stande, 16 andere Fälle von acuter idiopathischer Glossitis aufzufinden, die ausführlich berichtet werden. Er theilt die Resultate seiner Forschungen über die Literatur dieses Gegenstandes mit. A. E. GARROD.

36) **Kumar** (Wien). **Glossitis.** *Wiener med. Blätter. No. 42. 1886.*

Casuistische Mittheilung. Plötzlich entstand bei einem 22jährigen Manne ohne bekannte Ursache enorme Schwellung der Zunge unter heftigem Fieber. Erstickungsgefahr. Blutegel, Leiter'scher Refrigerator um den Hals, Eispillen. In 3 Tagen bedeutende Besserung, am 6. Tage kann Patient schon Fleischnahrung nehmen. Heilung. CHIARI.

37) **Jullian** (Bordeaux). **Zungenangiome. (Angiomes de la langue.)** *Thèse. Bordeaux. 1886.*

J. definirt Angiom nach Cornil und Ranvier als Tumoren bestehend aus Gefässen neuer Formation.

Das Angiom ist am oftesten angeboren, aber auch heftige Anstrengungen, Schwangerschaft, Zungenbisse etc. können deren Bildung veranlassen. Es giebt drei Arten von Angiomen.

Die erste Art ist gebildet aus Capillaren alter und neuer Bildung, die nach Dicke und Länge erweitert sind und ein unentwirrbares Netz bilden. — Die zweite Art unterscheidet sich von der ersteren dadurch, dass die Gefässe stellenweise ausgebuchtet und verengert sind. — Die dritte Art, die cavernösen Angiome, bestehen aus mit einander communicirenden Hohlräumen, die aus der Zerreissung von ausgebuchteten Gefässen hervorgegangen sind.

J. bespricht hierauf die Symptome des Zungenangioms und giebt die differential-diagnostischen Merkmale desselben mit dem Fibrom, Gummaknoten, Krebs, Cyste, Lipom und diffusem und circumscriptem Aneurysma an. — Was die Behandlung betrifft, so zieht J. den Galvanokauter und den Ecraseur den anderen Methoden vor.

15 gesammelte Beobachtungen beschliessen die These. E. J. MOURE.

38) **Suzanne. Ein Fall von cavernösem Angiom des Zungenrückens. (Un cas d'angiome caverneux de la face dorsale de la langue.)** *Extrait des Bulletins de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux. 11. Mai 1886.* Bordeaux, 1886. R. Gounouilhou.

Die Arbeit giebt vorerst die Krankengeschichte des schon von Piéchaud (Clinique Lannelongue) beschriebenen Falles wieder, enthält aber weiter eine überaus detaillirte Schilderung des mikroscopischen Befundes des exstirpirten Angioms. E. J. MOURE.

39) **Degle-Kindberg** (Steiermark). **Ein Beitrag zur Lehre vom schmerzhaften Papillom der Regio foliata oder von der Glossodynia exfoliativa.** *Wiener med. Presse. No. 47. 1886.*

Bei einem 43jährigen, sonst gesunden und nicht nervösen Manne bestanden seit 14 Tagen heftige Schmerzen in der Zungenwurzel, welche das Schlingen und Sprechen sehr erschwerten. Es fanden sich an dem Ansatze der vorderen Gaumenbögen 2 schmerzhafte, rothe, linsengrosse Papillen und Hyperplasie der fadenförmigen Papillen auf der ganzen Zungenoberfläche. D. fasste das Leiden als Neuralgie des Glossopharyngeus auf mit Schmerzpunkten in der Regio foliata und verordnete Cocaïn-Bepinselungen. Der Erfolg dieser Behandlung blieb ihm unbekannt. CHIARI.

40) **Chaslin. Anmerkung über eine Cyste mit Flimmerepithel des Zungengrundes. (Note sur un kyste à épithélium vibratile de la base de la langue.)** *Société anatomique de Paris. 22. Januar. — Progrès méd. 13. März 1886.*

Die erbsengrosse Cyste sass rechts vom Zungen-V. — Durch eine Reihe von mikroscopischen Präparaten konnte erwiesen werden, dass die Cyste durch Dilatation einer acinösen Drüse entstanden war. E. J. MOURE.

41) **Stephen Paget** (London). **Dermoidcyste der Zunge. (Dermoid cyst of tongue.)** *Brit. Med. Journal. 20. Februar 1886.*

Demonstration mikroscopischer Präparate des Falles vor der Pathol. Society of London am 16. Februar 1886. Die Cyste war von Butlin von unterhalb der Zunge eines 5jährigen Mädchens entfernt worden. Der Vortrag wie die folgende Discussion, an welcher die Herren Sutton, Bristowe, Horsley und Butlin theilnahmen, drehte sich hauptsächlich um die Frage des Ursprungs solcher Cysten aus obsolet gewordenen Ausführungsgängen. SEMON.

42) **W. B. Hadden** (London). **Schleimcyste der Zunge. (Mucous cyst of tongue.)** *Trans. Path. Soc. of London. Vol. XXXVII. p. 225. 1886.*

Die Cyste fand sich bei einem 4monatlichen, an Spina bifida leidenden Kinde. Sie ist kugelförmig, hat einen Durchmesser von $^1/_4$", und ist in der Mittellinie der Zunge hinter den Papillae circumvallatae gelegen. Ihr Inhalt ist gelatinös. SEMON.

43) **S. Jatschinski. Zur Casuistik der Pharynxneubildungen. (K kasuistike nowoobrasowani w polosti glotki.)** *Chirurg. west. p. 626. 1886.*

Entfernung eines Tumors aus der Mundhöhle, der gestielt seinen Ursprung von dem hintersten Theile der Zungenwurzel nahm. Der Tumor war 9, 5 und 4 Cmt. gross, war im Verlaufe von 2 Jahren gewachsen und hatte in der letzten Zeit häufig zu Schling- und Athembeschwerden Veranlassung gegeben. Er wurde, nach vorangeschickter Tracheotomie, mit dem Ecraseur entfernt und erwies sich als ein Fibrom. LUNIN.

44) **Feurer** (St. Gallen). **Ueber Zungentuberculose.** *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. No. 16. 1886.*

Verf. hatte in letzter Zeit drei Fälle von Zungentuberculose in Behandlung, von welchen zwei die viel seltenere knotige und infiltrirte Form und nur einer

das gewöhnliche, rissige, mehr oberflächliche Geschwür darstellten. Er widmet hauptsächlich der ersteren Art seine Aufmerksamkeit, weil sie insofern primär auftritt, als bei ihr gewöhnlich im Anfang kein anderer oder wenigstens ein im Verhältniss zur Localisation an der Zunge nur geringer physikalisch nachweisbarer Herd gefunden und sie daher leicht verkannt und besonders mit Carcinom verwechselt wird. Die Differentialdiagnose zwischen Krebs und Tuberculose gründet er auf folgende Symptome: 1) Der Infiltrationsknoten ist weniger hart als bei Carcinom. 2) Das tubercul. Geschwür ist oft körnig und speckig. 3) Die Schmerzhaftigkeit auf Druck ist bei Tuberculose oft sehr gross. 4) Die ausstrahlenden Schmerzen fehlen bei Tuberculose ganz, ebenso die Einziehungen. Die benachbarten miterkrankten Drüsen zeigen auch die gleichen Unterscheidungsmerkmale, indem sie bei Tuberculose auch weniger hart sind und nie ausstrahlende Schmerzen verursachen. Das Fehlen der Bacillen hält Verf. nicht für entscheidend, da dieselben oft sehr spärlich vorhanden seien und dann nicht gefunden werden; auch Tuberkelknötchen und Riesenzellen finde man nicht immer. In manchen Fällen sei die klinische Diagnose nicht sicher zu stellen.

Als Entstehungsursache sieht er für die infiltrirte knotige Form eine directe Ansteckung von der Zungenoberfläche aus als das Wahrscheinlichste an.

Die Therapie fällt nach F. da, wo es der Allgemeinzustand des Kranken erlaubt, also namentlich bei der knotigen Form, ganz mit derjenigen des Carcinoms zusammen, auch was die infiltrirten Drüsen anbetrifft. Verf. hat vor zwei Jahren bei einem Phthisiker eine Keilexcision gemacht, welche prima intentione heilte und bei der kein Rückfall erfolgt ist, obschon seither die Lungentuberculose grosse Fortschritte gemacht hat.

F. fordert schliesslich dazu auf, dass man über das spätere Schicksal der an wirklich primärer Zungentuberculose Operirten und zur allfälligen Feststellung dieses Begriffes durch Autopsie Erfahrungen sammeln möge.

JONQUIÈRE.

45) **Feurer** (St. Gallen, Schweiz). **Ueber Zungentuberculose.** Vortrag, gehalten am 29. Mai 1886 in der Versammlung des ärztlichen Central-Vereins in Zürich. Ref. d. *Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. No. 16. 1886. — Wiener med. Blätter. No. 36 und 37. 1886.*

Aus dem Schweizer Blatte abgedruckt. (Vgl. vorstehendes Referat. Red.)

CHIARI.

46) **James und Bruce** (Edinburgh). **Tuberkel der Zunge. (Tubercle of the tongue.)** *Edinburgh Medical Journal. October 1886.*

Es wurden in der Juli-Sitzung der Edinburgh Medico-chirurgical Society mikroscopische Schnitte eines tuberculösen Geschwürs der Zunge gezeigt. James glaubt, dass solche Geschwüre durch Inoculation mit dem Lungensputum erzeugt würden.

Mc BRIDE.

47) **E. Clifford Beale** (London). **Isolirte tuberculöse Ulceration im Munde. (Isolated tubercular ulceration in mouth.)** *Brit. Med. Journal. 20. März 1886.*

Es handelte sich um ein isolirtes, zwischen dem letzten Backenzahn rechts und dem Gaumenbogen sitzendes. theilweise geheiltes Geschwür bei einem 42jäh-

rigen Manne. Sonstige Anzeichen von Tuberculose fehlten und die Diagnose beruhte nur auf dem Aussehen des Geschwürs und der Familiengeschichte des Patienten. SEMON.

48) **H. H. Clutton** (London). **Tuberculöse Ulceration des Gaumens. (Tubercular ulcer of the palate.)** *Brit. Med. Journ. 3. April 1886.*

Der äusserst interessante Fall von Ulceration des Pharynx und Larynx bei einem 15jährigen Mädchen, den Mr. Clutton am 26. März 1886 vor die Clinical Society of London brachte, sowie die sich an den Vortrag anschliessende Discussion müssen von Allen, die sich für die Differentialdiagnose von Tuberculose, Lupus und congenitaler Syphilis des Pharynx und Larynx interessiren, im Original studirt werden. Der Referent möchte ausdrücklich auf die von vortrefflichen Abbildungen des Gaumens zu verschiedenen Perioden der Krankheit begleitete. ausführliche Schilderung Mr. Clutton's in den „Transactions of the Clinical Society" vol. XIX pp. 197 et seq., wie auf den Bericht über die Discussion im Brit. Med. Journal (l. c.) verweisen, da der Fall in der That ganz einzig in seinem Verlaufe ist, und der Raum nicht gestattet, ihn so detaillirt, wie er es verdient, mitzutheilen. — In der Discussion entwickelte der Referent, der den Fall, Dank der Güte seines Collegen Clutton, von Anfang an hatte mitbeobachten können, ausführlich die Gründe, die ihn dazu bewogen hätten, von seiner ursprünglichen Diagnose: Gaumentuberculose abzugehen, und auf Lupus der Theile zu recurriren. Auch hinsichtlich dieser muss auf den Bericht im Brit. Med. Journal verwiesen werden. Der Referent zeigte bei der Gelegenheit einen unter Mr. Malcolm Morris und seiner eigenen Behandlung stehenden Fall von Lupus des Gesichts, der Nase, des Pharynx und Larynx, in welchem es ihm mittelst ausdauernder galvanocaustischer Stichelung gelungen war, die Larynxaffection, die bereits zu completer Aphonie geführt hatte, vollständig zu heilen. (Die Heilung ist gegenwärtig — Dezember 1886 — bereits von über einjährigem Bestande. Ref.) — Mr. Davies-Colley argwöhnte das Bestehen von congenitaler Syphilis in dem Falle. — Mr. Malcolm Morris verbreitete sich weiter über die Differentialdiagnose von Lupus und Tuberculose. Dr. Glover gedachte eines Falles von zweifelloser Gaumentuberculose (in den Geschwüren wurden Tuberkelbacillen gefunden) aus seiner eigenen Praxis.

Einen Zusatz zu Mr. Clutton's Vortrag in den Transactions der Gesellschaft bringt das Obductionsprotocoll des Falles. Es hat sich zweifellos herausgestellt, dass es sich in der That um Tuberkulose gehandelt hat. Der Verlauf des Falles widerspricht aber so sehr Allem, was wir über die Rachentuberculose wissen. dass noch einmal auf die Nothwendigkeit ihn im Original zu studiren aufmerksam gemacht werden muss. SEMON.

49) **Jullien. Tuberculose des harten Gaumens. (Tuberculose de la voute palatine.)** *Paris méd. No. 40. 2. October 1886.*

Eine Beobachtung, die bereits in der These Hermentier's über denselben Gegenstand mitgetheilt wurde. E. J. MOURE.

50) **Sir William Mac Cormac** (London). **Tumor des Gaumens. (Tumour of palate.)** *Brit. Med. Journal. 20. März 1886.*

Demonstration der von der linken Seite des Gaumens einer 30jährigen Frau nach vorgängiger Tracheotomie entfernten, klein-orangengrossen Geschwulst, welche Stimmstörung und Schlingbeschwerden verursacht hatte, vor der Pathol. Society of London am 16. März 1886. Sie bestand aus hyalinem Bindegewebe, durchkreuzt von unregelmässig verzweigten Gruppen von Rundzellen. Mr. Shattock, der die mikroscopische Untersuchung angestellt hatte, hielt sie für ein Cylindrom. — In der Discussion schlossen sich Mr. Bowlby und Mr. Butlin dieser Meinung an, während Mr. Paul unter Verweisung auf drei von ihm beobachtete Fälle von Tumoren der Lippe, Wangenschleimhaut und der Tonsille die Geschwulst für ein Adenosarcom erklärte. Der Referent gedachte der relativen Seltenheit sowohl gutartiger wie bösartiger Geschwülste des Gaumens. (Sir William Mac Cormac hatte in seinem Vortrage auf vereinzelte ähnliche Fälle verwiesen.) SEMON.

51) **Jonathan Hutchinson** (London). **Adenom des Gaumens. (Adenoma of palate.)** *Brit. Med. Journal. 22. Mai 1886.*

Beschreibung zweier Fälle von langsam wachsenden, von der Vereinigungsstelle des weichen und harten Gaumens ausgehenden ulcerirenden Adenomen vor der Pathol. Society of London am 18. Mai 1886. In beiden Fällen wurden die Geschwülste entfernt, ohne dass Recidive eintraten. (Zeit seit der Operation im ersten Falle = 10 Jahre). Die Neubildungen waren nicht eingekapselt, sondern diffus. — Mr. Barker hatte einen ähnlichen Fall gesehen. SEMON.

## d. Diphtheritis und Croup.

52) **D. Astley Gresswell** (London). **Diphtheritis als ein chronisches Leiden bei gewissen Individuen, welche mit einer speciellen Neigung zur Recrudescenz der Affection behaftet sind.) (Diphtheria as a chronic malady in particular individuals with liability in them to recrudescence.)** *Brit. Med. Journal. 6. März 1886.*

In einem Vortrage durchaus philosophisch-theoretischen Inhalts, hinsichtlich dessen Details auf das Original verwiesen werden muss, sucht G. die Erklärung für immer wiederholte Ausbrüche von Diphtherie in einer und derselben Localität in der Möglichkeit, dass bei einzelnen, besonders prädisponirten Individuen die Diphtheriekeime eine Art latenten Daseins in den Tonsillen führen und erst nach Wochen oder Monaten in Folge günstiger Umstände in grössere Activität gerathen könnten, worauf dann Infection der Umgebung erfolge. — Der Vortrag wurde am 10. Februar vor der Londoner Epidemiologischen Gesellschaft gehalten, und es folgte ihm eine Discussion, an welcher sich viele Mitglieder der Gesellschaft betheiligten, hinsichtlich deren aber nichts Näheres im British Medical Journal angegeben ist. SEMON.

53) **Bernard. Eine Diphtherie-Epidemie. (Une épidémie de diphtérie.)** *Gazette des hôpit. No. 91. 7. August 1886.*

Ein aus einer Croupepidemie-Gegend kommendes 3jähriges Kind schleppte die Krankheit in zwei Familien ein. — Es wird der Lauf der Krankheit verfolgt.

E. J. MOURE.

54) **Wm. Wacher** (Canterbury). **Diphtherie durch Milch. (Diphtheria from milk.)** *Brit. Med. Journ. 21. August 1886.*

Ein Bericht über eine beachtenswerthe Epidemie von Diphtherie in Canterbury. In 8 Tagen wurden 231 Personen von Angina befallen. Einige waren deutlich diphtheritisch; es starb aber Keiner. 94 von 120 Häusern, in welchen Erkrankungen auftraten, wurden von einem Milchmann versorgt. Die anderen Fälle konnten nicht aufgeklärt werden. Der Milchmann und seine Familie litten an Angina. Vier Kälber hatten Diarrhoe, aber die Kühe waren anscheinend gesund. Einige Fälle, die in Harbleton vorkamen, liessen sich auf Versorgung von demselben Milchmann zurückführen. W. meint, dass die Umstände ein sorgfältiges Studium erheischen.

A. E. GARROD.

55) **Percy G. Lewis** (London). **Die Incubationszeit der Diphtherie. (The incubation period of diphtheria.)** *Lancet. 28. August 1886.*

L. berichtet zwei Fälle, in denen die Incubationsperiode der Diphtherie genau auf etwas über 48 Stunden festgestellt werden konnte.

A. E. GARROD.

56) **Edward Penny** (Marlborough). **Diphtherie. (Diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 3. Juli 1886.*

P. theilt das Resultat seiner Erfahrungen über Diphtherie während einer zweijährigen Landpraxis mit.

A. E. GARROD.

57) **Simon. Ueber einige Fälle von Angina membranacea. (De quelques cas d'angine couenneuse.)** *Gaz. des hôpitaux. No. 79. 8. Juli 1886.*

Klinischer Vortrag über die Differential-Diagnose zwischen den diphtheritischen und herpetischen Auflagerungen und denen die bei Soor oder durch Cauterisation mit Argentum nitricum zu Stande kommen. Die Differential-Diagnose ist im Beginne der Affection nicht immer zu stellen.

E. J. MOURE.

58) **A. Ramangé** und **J. M. Jorge** (Buenos Aires). **Studien über die Diphtheritis und den Croup. (Estudio sobre la Difteria y el Crup.)** Imprenta de M. Biedma. Belgrano 133 à 139. Buenos-Aires, 1886.

Obiges Werk wurde 1884 von der med. argentinischen Gesellschaft zu Buenos-Aires mit dem 1. Preise (medulla de oro) ausgezeichnet. — Dasselbe bespricht zuvörderst die Geschichte bis zu 1884, ferner das Gesammtbild der Krankheit mit Berücksichtigung besonders der französischen Literatur. Seite 17 befindet sich eine graphische Statistik der Erkrankungen an Diphtheritis in der Provinz Buenos-Aires und der Hauptstadt von 1871—1883. Es sind viele eigene beobachtete Fälle aufgeführt. Auch die Behandlungsweise und besonders die Tracheotomie wird genau besprochen und einige eigene Modificationen angegeben. Ein von den Autoren construirtes „Traqueótomo dilatador“ wird beschrieben und abgezeichnet, ebenso beschreiben dieselben ihr „Bisturi graduado“, sowie eine Modification der

Péan'schen Pincetten. Wesentlich Neues ist nicht in der Arbeit enthalten; das Werk enthält jedoch mehrere gute Abbildungen und Curventafeln und ist als ein werthvoller Beitrag zur Diphtheriefrage zu bezeichnen. KISPERT.

59) **G. R. Mc'Donagh. Die Identität von Croup und Diphtherie. (The identity of croup and diphtheria.)** *Med. News. Philadelphia, 10. Juli 1886.*

Verf. glaubt, dass der sogen. membranöse Croup und die Diphtherie dieselbe Krankheit sind und dass nur die localen Erscheinungen an verschiedenen Stellen sich zeigen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **J. M. Clemens. Diphtheritischer und wahrer Croup. (Diphtheritic and true croup.)** *Progress-Louisville Ky. Juli 1886.*

C. glaubt nicht an die Identität beider Krankheiten, bringt jedoch nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

61) **Berentsen** (Norwegen). **Verlust der Epiglottis nach Diphtheritis. (Tab af Epiglottis efter Difterit.)** *Medicinsk Revue. p. 129. 1885.* [Ref. kennt nicht die Original-Arbeit.]

Der Verf. berichtet einen Fall von Diphtheritis (? Ref.), früher von einem Homöopathen behandelt, in welchem er bei Inspection der Fauces an der geschwollenen Zungenbasis Granulationsmassen sah. Der linke Arcus palato-pharyngeus und der freie Rand der Epiglottis waren wegulcerirt. Geheilt im Laufe von 6 Wochen nach Lapistouchirung und Jodoformeinblasung. SCHMIEGELOW.

62) **Widerhofer** (Wien). **Lähmungen nach Diphtheritis.** Klinischer Vortrag. *Wiener Allgem. med. Zeitung. No. 34. 1886.*

W. betont die Häufigkeit solcher Lähmungen, welche meist nur den Gaumen, manchmal aber auch den Schlund, Kehlkopf, die Extremitäten und die Augenmuskeln betreffen. Diese Lähmungen gehen meist zurück. Die sehr selten auftretenden Lähmungen der Respirations- und des Herzmuskels dagegen sind sehr gefährlich und führen gewöhnlich zum Tode. W. räth neben kräftigender Diät Electricität an, warnt dagegen vor den Strychnin-Injectionen, welche gefährlich werden können. CHIARI.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

63) **F. Donaldson** jr. (Baltimore). **Die Function des Nervus recurrens. (The function of the recurrent laryngeal nerve.)** *International Journal of the Medical Sciences. Juli 1886.*

Es ist dies eine sehr interessante experimentelle Untersuchung, angestellt zu dem Zwecke, die von Hooper enthaltenen Resultate zu controliren. Donaldson fand, dass Reizung des Recurrens — ob das Thier narcotisirt war oder nicht — Abduction oder Adduction bewirkte, je nachdem der Reiz (gewöhnlich ein electrischer Strom) schwach oder stark war. War der Strom stark, so entstand Adduction, war der Reiz schwach, Abduction.

Ein Experiment scheint uns von besonderer Bedeutung zu sein. Acht und vierzig Stunden vor der Application des Stromes wurde ein Stück von ca. 3 Ctm.

Länge aus dem rechten Recurrens ausgeschnitten. Der Hund wurde tief ätherisirt und man fand das abgeschnittene Ende in eine Masse entzündlichen Gewebes eingebettet. Bei Anwendung eines schwachen Stromes wurde das rechte Stimmband stark abducirt. Dasselbe Resultat erhielt man aber — in diesem besonderen Falle — bei jeder Stromstärke. Hierauf liess man das Thier sich von der Narcose erholen, erhielt jedoch kein anderes Resultat durch Reizung. Es war bemerkenswerth, dass man von dem verletzten Nerv keine Adduction erhalten konnte: anscheinend eine Bestätigung der Hooper'schen Ansicht, dass die Abductorfasern für Krankheiten und Verletzungen weniger empfindlich sind. Der Hund wurde sodann getödtet, die bald darauf vorgenommene Reizung des Recurrens erzeugte immer Abduction auf der rechten und Adduction auf der linken Seite: „Ein Factum, das sich," um des Autors Worte zu gebrauchen, „meiner Ansicht nach durch die Annahme erklärt, dass der reizbare Muskel, nämlich der Cricoarytaenoideus posticus schneller abstirbt, als die weniger reizbaren Adductoren."

Die Frage, die sich von selbst dem Referenten aufdrängt, ist die, warum der Muskel dasselbe nicht auch auf der rechten Seite thut?

Es würde zuviel Raum in Anspruch nehmen, wollten wir ausführlich auf die Deductionen und Theorien des Autors eingehen, einen Punkt jedoch müssen wir besprechen. Wenn wir ihn recht verstehen, so erkärt er die klinischen Beobachtungen, welche darthun, dass bei Recurrensläsionen das afficirte Stimmband gewöhnlich unbeweglich in der Medianlinie steht, in folgender Weise: Der constante Druck, der auf den Nerven ausgeübt wird, wirkt als mechanischer Reiz und „deshalb zeigen die reizbareren Abductoren zuerst die Wirkung des constanten Reizes durch Functionsverlust." Wenn wir diese Art Beweisführung logisch weiter verfolgen, so müssten wir, wie uns scheint, zu dem Schluss kommen, dass, bevor das Stimmband unbeweglich in der Medianlinie fixirt wird, in allen Fällen eine Periode des Abductorkrampfs und consecutiven Verlustes der Stimmfunction voraufgehen müsse. Das aber gerade ist es, was die Kliniker in Abrede stellen.

Das grosse Interesse, welches die Arbeit von Donaldson zweifelsohne erregen wird, mag uns entschuldigen, wenn wir ein Wort der Kritik geäussert haben.

M'BRIDE.

64) **Felix Semon** und **Victor Horsley** (London). **Ueber eine anscheinend periphere und differenzirende Wirkung des Aethers auf die Kehlkopfmuskeln. (On an apparently peripheral and differential action of ether on the laryngeal muscles.)** *Brit. Med. Journ. 28. August u. 4. September 1886.*

Die äusserst interessanten und wichtigen Experimente, auf welche diese Arbeit sich stützt, sind zu dem Zweck unternommen worden, um einige Resultate weiter zu prüfen, welche Dr. Hooper (Boston) erhalten und in einer Abhandlung niedergelegt hatte, die er vor der American Laryngological Association am 24. Juni 1885 vortrug, und welche im 7. Bande der Transactions dieser Gesellschaft veröffentlicht sind.

Dr. Hooper fand, dass unter dem Einflusse eines Anaestheticums leichte electrische Reizung des Recurrens bei Thieren eine Adduction des entsprechenden

Stimmbandes bewirkte, wenn jedoch die Anaesthesie eine vollständige war, dann derselbe Reiz statt der Adduction eine Abduction herbeiführte. Dr. Hooper beobachtete weiter, dass dasselbe Resultat eintrat, ob nun der Nerv intact oder durchschnitten war. S. und H. lenken besonders die Aufmerksamkeit auf letztgenannte Angabe. Sie meinen, dass es mit Rücksicht auf die Thatsache, dass die Anaesthetica eine specifische Wirkung auf den willkürlichen Bewegungsapparat ausüben, nicht überraschend wäre, dass die Adductoren, welche der willkürlichen Function der Phonation dienen, durch ein Anaestheticum in ihrer Thätigkeit beeinträchtigt würden, wenn das Thier tief narcotisirt ist, während die Abductoren, welche in automatischer Weise für die Respiration functioniren, ungestört bleiben. Diese Erklärung würde indessen nur in dem Falle ihre Berechtigung haben, wo der Nerv nicht durchschnitten ist, da diese unterscheidende Wirkung der Anaesthetica bisher ihrem Einfluss auf die höheren Nervencentren zugeschrieben wurde. Wenn jedoch der Nerv durchschnitten ist, so ist die Einwirkung dieser Centren aufgehoben. Bleibt trotzdem das Resultat dasselbe, so müssen die Anaesthetica eine specifische Wirkung auf die peripheren Gebilde ausüben.

Die von S. und H. angestellten Experimente bestätigen Dr. Hoopers Resultate und scheinen gleichzeitig als wichtige Beweisstücke für die Existenz von Differenzen in dem Ernährungszustande der Adductoren- und Abductorenmuskelgruppen hinzudeuten.

Abgesehen von den Gründen, welche Semon bereits früher für die Ansicht beigebracht hat, dass in allen Fällen von organischer Verletzung oder Erkrankung der Kerne oder Stämme der motorischen Kehlkopfnerven die Erweiterer zuerst erliegen, zeigen die Verfasser durch eine Reihe von Experimenten, dass bei allen Thierklassen, mit denen sie experimentirten, die electrische Erregbarkeit der Musc. cricoarytaen. postici, wenn der Larynx unmittelbar nach dem Tode herausgenommen wird, und die einzelnen Kehlkopfmuskeln direkt electrisch gereizt werden, lange vor der der Adductoren erlischt. Die Thiere wurden zuweilen durch eine sehr starke Dosis des Anaestheticum, oder durch Punktion des Herzens oder durch Verblutung getödtet. Gereizt wurden die Muskeln mit Platinelectroden; den Strom lieferte ein du Bois-Reymond'scher Schlittenapparat, (dessen Index auf 0 steht, wenn die secundäre Rolle die primäre bedeckt) mit einem einzelnen Daniell'schen Element.

S. und H. stellten zweiunddreissig Experimente am durchschnittenen und undurchschnittenen Recurrens bei zwanzig Thieren an, und zwar waren dies drei Affen, acht Hunde, fünf Katzen und vier Kaninchen. 20 Experimente wurden an dem undurchschnittenen und 12 an dem durchschnittenen Nerven angestellt. Die Thiere wurden zunächst mit Aether oder mit einer Mischung von Aether und Chloroform narcotisirt, hierauf in allen Fällen mit Ausnahme eines einzigen die Tracheotomie gemacht und die Narcose allein mit Aether unterhalten. Es wurden Vorkehrungen getroffen, welche gestatteten, den Kehlkopf zu untersuchen. Der Recurrens wurde blossgelegt und $1\frac{1}{2}$—3 Ctm. von der Wunde entfernt durch einen Faden gelüftet, welcher vorsichtig unter demselben durchgeführt wurde. Diese starke Erhebung war nothwendig, um eine Reizung benachbarter Nerven zu vermeiden.

Die Experimente an Hunden waren sehr constant und bestätigten Hooper's Resultate: Es zeigte sich kein Unterschied, ob der Nerv durchschnitten war oder nicht. Die Stärke des Stroms war in allen Graden der Narcose dieselbe. Es ist dies wichtig mit Beziehung auf die Resultate von Donaldson jr., welcher den Einfluss der Narcose leugnet und behauptet, dass die Reizung mit einem schwachen Strom stets Abduction mit einem starken Strom stets Adduction erzeuge. S. und H. meinen, dass dies nur bei schwacher Narcose zutreffe, dass jedoch bei tiefer Narcose stets Hooper's Resultate erhalten würden.

Um jeden Zweifel über die Wirklichkeit des „Aethereffekts" auszuschliessen. stellten sie diesen mittelst eines besonders construirten Trommelapparates graphisch dar. Ein mit einem Schreibhebel in Verbindung stehender Gummitampon wurde zwischen die Stimmbänder des Versuchsthiers geschoben und bei der Adduction derselben comprimirt, was der Schreibhebel auf einer Trommel registrirte. Die Resultate der Experimente, welche an Thieren verschiedener Art erhalten wurden, variirten sehr beträchtlich. Bei Katzen besonders wurde bei allen Graden der Narcose oft Abduction erhalten.

Die Autoren lenken schliesslich die Aufmerksamkeit auf andere Fehlerquellen, welche bei der Untersuchung auftreten können, so die Besonderheit der Thierindividuen, Verletzung und Blosslegung der Nerven, den Einfluss der Dauer des Experiments und andere Ursachen. Behufs dieser wie anderer Details muss auf das Studium des Originals verwiesen werden.

Der Mittheilung der Arbeit im Brit. Med. Journal (4. Sept. 1886) lässt Donaldson sen., der bei der Verlesung der Semon-Horsley'schen Arbeit gelegentlich des Meetings der Brit. Med. Association in Brighton zugegen war, eine Vertheidigung der Experimente seines Sohnes unter dem Titel „The function of the recurrent laryngeal nerve" folgen. [Es mag hierzu bemerkt werden, dass Prof. Horsley und ich Herrn Donaldson sen. später die Actualität der von uns angegebenen Thatsachen graphisch demonstrirt haben. F. S.] A. E. GARROD.

65) Felix Semon und **Victor Horsley** (London). **Paralyse der Kehlkopfmuskeln und Rindencentrum für die Phonation. (Paralysis of laryngeal muscles and cortical centre for phonation.)** *Lancet. 29. Mai 1886.*

Dieser Brief bezieht sich auf zwei redactionelle Notizen in einer früheren Nummer der Lancet.

Eine dieser Notizen betrifft einen Fall von Paralyse der Adductoren des rechten Stimmbandes, der von Charazac (Toulouse) berichtet wird. Der genannte Autor erklärt die Lähmung dahin, dass sie durch Druck auf den rechten N. recurrens seitens eines Cystenkropfes entstanden sei.

Charazac zieht aus diesem Falle den Schluss, dass Semon's Gesetz, dass die Abductoren stets zuerst in Folge von Druck auf die Nerven paralytisch werden, nicht immer seine Gültigkeit habe. Die Redaction der Lancet hatte bereits die Charazac'sche Mittheilung ziemlich skeptisch aufgenommen. Semon und Horsley bemerken aber noch weiter, dass, da dieses Gesetz nicht nur durch klinische Beobachtungen, sondern auch auf dem sicheren Boden der pathologischen Anatomie begründet ist, kein Einwand gegen dasselbe als beweiskräftig angesehen

werden kann, wenn er sich nicht auf Präparate stützt, welche degenerative Veränderungen in den Adductoren allein als Resultat von organischen Veränderungen in den Wurzeln und Stämmen der Larynxnerven aufweisen.

Die zweite Notiz bezieht sich auf Garel's Fall von Paralyse des linken Stimmbands, welche dieser Autor durch zwei Erweichungsherde in den dritten Stirnwindungen beider Hemisphären erklären will.

S. und H. haben ausgedehnte Untersuchungen über die Localisation des Phonationscentrums in der Rinde vorgenommen, und zwar wurden die Experimente an Affen, Hunden, Katzen und Kaninchen ausgeführt. Sie haben Krause's Beobachtungen bestätigt gefunden, wonach dieses Centrum beim Hund im Gyrus praefrontalis gelegen ist. Bei Affen entspricht es dem Sprachcentrum beim Menschen, ist jedoch bilateral symmetrisch vorhanden. Bei allen Thieren bewirkt die Reizung eines Centrums eine bilaterale Thätigkeit der Stimmbänder, und zwar erhält man dasselbe Resultat von der rechten wie der linken Hemisphäre aus. S. u. H. meinen, dass das Fehlen von Aphonie in Fällen von Aphasie deutlich anzeigt, dass auch beim Menschen eine ähnliche bilaterale Repräsentation des Phonationscentrums besteht. Sie werfen daher die Frage auf, wie eine bilaterale Rindenerkrankung überhaupt Paralyse eines einzelnen Stimmbandes erzeugen könne und vermuthen, dass die Paralyse in Garel's Fall auf eine übersehene tiefer gelegene Läsion zurückzuführen sei. A. E. GARROD.

66) **Stephen Mackenzie** (London). **Zwei Fälle von associirter Lähmung der Zunge, des weichen Gaumens und des Stimmbandes derselben Seite. (Two cases of associated paralysis of the tongue, soft palate and vocal cord on the same side.)** *Trans. Clinical Soc. of London. Vol. XIX. p. 317. 1886.*

M. zeigte diese beiden äusserst interessanten Fälle am 12. Februar 1886 der Clinical Society of London. Im ersten Falle handelte es sich um einen 30jährigen Mann, der an vielfachen Symptomen constitutioneller Syphilis litt, hinsichtlich deren auf das Original verwiesen werden muss. Hier sei nur bemerkt, dass auch der äussere Ast des linken Accessorius — die im Titel genannten Lähmungen sind sämmtlich linksseitig — ergriffen war, denn auch der linke Sternocleidomastoideus und Trapezius waren gelähmt und atrophisch. — Der zweite Fall, in welchem die Symptome anscheinend ziemlich plötzlich auftraten, betraf einen 50jährigen Mann. Die Krankengeschichte muss im Original studirt werden. Auch in diesem Falle war die Affection linksseitig, und war ebenfalls auch der äussere Accessoriusast gelähmt. Der Ausdruck: The left cord remains abducted“, soll, wie der Referent vom Verfasser zu erklären ermächtigt ist, nur besagen, dass das Stimmband nicht in der Medianlinie stand. (Es nahm die gewöhnliche, sogenannte „Cadaverstellung“ ein, wie man ja auch nach der Intensität der Accessoriusläsion ohne Weiteres erwarten würde). Der Ausdruck könnte aber leicht zu Missverständnissen führen, und sollte, wie der Ref. bereits a. a. O. (Berl. klin. Wochensch. 1883. S. 758) ausgeführt hat, ganz vermieden werden.

Sehr interessant sind Mackenzie's Schlussbemerkungen. Er erinnert daran, dass bereits Lockhart Clarke auf die innige Vereinigung der Hypoglossus-

und Accessoriuskerne in der Medulla aufmerksam gemacht habe und schliesst aus den beiden vorgestellten und anderen Fällen (vgl. Stephen Mackenzie, Brit. Med. Journal, 3. März 1883 und Hughlings Jackson, London Hospital Reports, Vol. I., 1864 et seq.), dass der weiche Gaumen zum grossen Theile vom Accessorius motorisch innervirt werde. In allen diesen Fällen war der Facialis nicht afficirt. — Die kurze Mittheilung verdient gründliches Studiumim Original. SEMON.

67) **C. E. Riggs. Glosso-labio-laryngealparalyse. (Glosso-labio-laryngealparalysis.)** *Northwestern Lancet. St. Paul Minn. 1. Juli 1886.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **W. H. Broadbent** (London). **Bulbärparalyse. (Bulbar paralysis.)** *Brit. Med Journal. 15. Mai 1886.*

B. zeigte am 15. April vor der Harveian Society of London einen 35jähr., an Bulbärparalyse leidenden Kranken, dessen Affection nicht nur durch progressive Muskelatrophie, sondern auch noch durch verschiedene andere ungewöhnliche Symptome (Schmerzen in der linken Gesichts- und Kopfhälfte, öftere Nausea, Gesichts- und Gehörsstörungen etc.) complicirt war. Das Leiden hatte mit Stimmschwäche begonnen, später war der Kanke ganz aphonisch geworden. Das Laryngoscop zeigte, dass die weit von einander entfernten Stimmbänder bei der Phonation nur theilweise einander genähert wurden. Alle Symptome hatten sich seit der Aufnahme des Kranken ins Hospital unter Bettruhe und Jodkalium (Pat. war syphilitisch gewesen) gebessert.

Das Hauptinteresse des Falles dürfte auf laryngologischem Gebiete liegen, da die Adductorenparese dem von dem Ref. aufgestellten Gesetze zu widersprechen scheint. Der Ref. hofft aber in Kürze an anderer Stelle bei der Besprechung der Cartaz'schen Fälle (vgl. Centralblatt II., S. 545) zeigen zu können, dass dieser Widerspruch in der That nur ein scheinbarer ist. SEMON.

69) **J. Solis Cohen. Drei Fälle von Druck auf den Nerv. recurrens aus verschiedenen Ursachen mit Fixation des linken Stimmbandes in Phonationsstellung. (Three cases of pressure upon the recurrent laryngeal nerve from different causes, with fixation of the left vocal band in the phonatory position.)** *Medical News. Philadelphia, 3. Juli 1886.*

Nach C.'s Ansicht ist die dauernde Fixation eines Stimmbandes in der Stellung, welche es normal nur während der Phonation einnimmt, eine Folge der übermässigen Contraction oder des tonischen Krampfes der Constrictoren des Larynx, nicht aber der Paralyse des Erweiterers. Er steht hierin im Gegensatz zu der allgemein acceptirten Ansicht, welche von Felix Semon ausgesprochen wurde. Die Atrophie des Dilatatormuskels führt C. auf seine mechanische, nicht auf seine paralytische Unbeweglichkeit zurück. Der erste Fall war durch den Druck eines Aneurysma des Arcus aortae und der linken Art. subclavia bedingt, und die Fixation des Stimmbandes wurde mehr auf den überwiegenden Krampf der Adductorengruppe als auf die Paralyse des einzigen Abductor bezogen, weil die Stimme gellend und das Stimmband überspannt war; letzteres erklärt das Gellende, d. h. das Anwachsen der Höhe der Stimme. Eine vollständige Span-

nung erheischt Contraction, nicht aber Erschlaffung des M. cricoarytaenoideus posticus.

Der zweite Fall war von Einschnürung der Trachea durch Vergrösserung der Schilddrüse und zeitweiligem Krampf des rechten Stimmbandes begleitet. Ob die Betheiligung der rechten Seite centralen Ursprungs ist, oder reflectorisch durch Ergriffensein der sensiblen Fasern des Vagus der primär erkrankten Seite bedingt ist, das ist zur Zeit noch zweifelhaft.

Der dritte Fall war von einem linksseitigen pleuritischen Exsudat mit Verschiebung des Herzens begleitet, und man nahm an, dass letzteres eine Verletzung im Recurrens erzeugt habe, indem es den Aortenbogen nach ab- und vorwärts, sowie nach rechts zog. Dadurch sei es entweder zu einer Neuritis mit Ausgang in neuropathische Contraction gekommen oder zu Verwachsungen des Bindegewebes, oder Schwellung der Bronchialdrüsen. In jedem Fall hat der physikalische Zustand des Larynx nichts mit der Ursache der Heiserkeit zu thun, derentwegen das Innere des Larynx ursprünglich untersucht worden war. Dieser Fall erhärtet das Factum, dass, wenn ein Stimmband in der Mittellinie fixirt ist, dieser Zustand, wie schwer auch die Läsion sein mag, welche ihn hervorgerufen hat, beliebig lang unentdeckt bleiben kann. Er stört nicht die Respiration, denn die eine Hälfte der Glottis genügt für diese Function, noch schwächt er die Stimme, da das fixirte Band die günstigste Stellung für die Phonation einnimmt.

Die Hauptaufgabe der Larynxnerven besteht darin, Raum für die Respiration, ihre Nebenaufgabe ist, Mittel für Phonation und Husten zu beschaffen. Während es nun a priori zweckmässig erscheint, dass die Dilatatoren der Glottis wegen ihrer Wichtigkeit mehr mit einer besonderen Immunität, als mit einer besonderen Vulnerabilität ausgerüstet sind, so könnte man andererseits den Schluss ziehen, dass, da die Hauptfunction der motorischen Larynxnerven darin besteht, die Glottis für die Respiration offen zu halten, eine ernstliche Verletzung dieser Nerven die Integrität dieser Function beeinträchtigen werde. Auf dieses Argument wäre zu erwidern, dass eine Verletzung, welche zur völligen Zerstörung der Leitung der Nerven führt, die Stimmbänder in der cadaverösen Stellung unbeweglich machen würde: eine Position, welche die Respiration nicht stört.

Redner wandte sich dann zu einer hypothetischen Erklärung für diese anscheinenden Widersprüche, gestützt auf allgemeine physiologische Principien, die von seinem Bruder, Solomon Solis Cohen, aufgestellt worden ist. Interessenten müssen hinsichtlich derselben auf das Original verwiesen werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) **J. Smyth (Madras). Paralyse der Stimmbänder. (Paralysis of vocal cords.)** *British Medical Journal. 17. Juli 1886.*

S. berichtet der Südindischen Section der Brit. Med. Assoc. einen Fall von doppelseitiger Stimmbandparalyse bei einem 35jährigen Hindu. Seit 6 Jahren bestanden Schlingbeschwerden, seit 9 Monaten Dyspnoë. Ausserdem war ein leichtes Oedem am Hals und den unteren Extremitäten vorhanden. Der Puls war rechts voller als links. Patient fühlte sich durch die Tracheotomie erleichtert, obwohl die Dysphagie und die Regurgitation der Speisen fortbestand. S. meinte, dass die Diagnose zwischen Aortenaneurysma und Schwellung der Bronchialdrüsen

schwanke. Da jedoch die physikalischen Zeichen des ersteren fehlten, so neige er zu letzterer Annahme. A. E. GARROD.

71) **A. Grandhomme. Aneurysma der Aorta descendens thoracica. Dyspnoëanfälle. Durchbruch in den linken Bronchus. (Anévrysme de l'aorte descendante thoracique. Accès de dyspnée. Ouverture dans la bronche gauche.)** *Sémaine méd. 27. März 1886.*

Ein laryngoscopisches Examen scheint nicht gemacht zu sein.

Bei der Obduction fand man den linken Vagus und Recurrens in das Aneurysma eingebettet.

Im Uebrigen giebt der Titel den wesentlichen Inhalt wieder. E. J. MOURE.

72) **F. de Havilland Hall** (London). **Ein Fall von Aortenaneurysma. (On a case of aneurism of the aorta.)** *Brit. Med. Journal. 8. März 1886.*

Ueber den Fall von multiplem Aortenaneurysma, bei welchem sich complete Paralyse des linken Stimmbandes und bei der Obduction Verwachsung des linken Vagus und Recurrens mit der Wand eines der Aneurysmen fand, ist vom laryngologischen Standpunkt nicht viel zu sagen. Die einzige, von Hall mit Recht betonte Frage, die sich an ihn knüpft, ist die, warum bei dem Vorhandensein einer Vagusaffection nur einseitige, nicht, wie in den bekannten Fällen von Bäumler, Johnson etc. doppelseitige Stimmbandaffection zu Stande gekommen sei? [Hall selbst beantwortet diese Frage nicht; der Ref. möchte die Erklärung in der verschiedenen Intensität des Druckreizes in den verschiedenen Fällen suchen. Näheres hierüber hofft er in Bälde veröffentlichen zu können.] Sehr interessant hingegen ist eine Verschiedenheit der Erfahrungen über die relative Frequenz der cadaverösen und der phonatorischen Stellung des gelähmten Stimmbandes, die in der Discussion über den Hall'schen Vortrag zwischen dem Verf. und Dr. Ord zu Tage trat: ersterer hatte bei organischen Leiden der Kehlkopfnerven häufiger die cadaveröse, letzterer die phonatorische Stellung gesehen. Der Ref. glaubt, diese Differenz erklären zu können: er hat wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass sich die reine Lähmung in Phonationsstellung weder durch stimmliche noch durch respiratorische Symptome kund giebt; man muss nach ihr suchen, d. h. in allen Fällen, in welchen ihr Vorhandensein möglich erscheint, systematisch eine laryngoscopische Untersuchung anstellen. Dies geschieht jetzt bereits seit Jahren in Dr. Ord's Abtheilung im St. Thomas-Hospital, während anderwärts gewöhnlich erst beim Auftreten von Heiserkeit und Stimmverlust, d. h. zu einer Zeit, bei der auch die Verengererfasern bereits gelitten haben, das Laryngoscop zur Hand genommen wird. Mit anderen Worten: im ersteren Falle bekommt man die Anfangsstadien, im letzteren oft erst die Endstadien des Processes zu Gesicht. So dürfte sich die Differenz der Erfahrungen erklären. (Vgl. dazu das folgende Referat.) SEMON.

73) **C. T. Williams** (London). **Ein Fall von Mediastinaltumor. (Case of mediastinal tumour.)** *British Med. Journal. 20. März 1886* und *The Medical Society's Transactions Vol. IX. p. 209. 1886.*

Es handelt sich um einen Fall von Lymphosarcom im vorderen Mediastinum, in welchem u. A. auch Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes in Phonations-

stellung beobachtet wurde. In dem Obductionsbericht ist von einer Affection der Kehlkopfnerven nicht die Rede; auch fehlt jede Mittheilung über den Muskelbefund, dagegen heisst es: „Der Schildknorpel ist völlig ossificirt. Der linke Morgagni'sche Ventrikel wird durch eine kleine, vom Schildknorpel ausgehende knöcherne Prominenz eingenommen." Letztere war in Form einer „eigenthümlichen Schwellung" schon intra vitam laryngoscopisch beobachtet worden. [Es bleibt also hiernach ganz zweifelhaft, ob es sich um eine neuropathische oder um eine mechanische Bewegungsstörung handelte. Ref.] — In der Discussion, die dem Vortrage am 15. März in der Med. Society of London folgte, kam de Havilland Hall auf seine Differenz mit Dr. Ord hinsichtlich der Stimmbandstellung bei Fällen von Druck auf den Recurrens oder Vagus zurück: „er habe die Meinung von Dr. Felix Semon eingeholt, der ebenfalls der Ansicht sei, dass die cadaveröse Position die häufigste sei." Diese Angabe ist in dieser Form einer Missdeutung fähig. Der Ref. zweifelt nicht, dass, wenn in diesem Augenblicke die laryngologische Literatur einfach darauf hin durchgesehen würde, ob mehr Fälle von cadaveröser oder von phonatorischer Position des gelähmten Stimmbandes bei organischer Affection der motorischen Kehlkopfnerven berichtet worden seien, die Zahl der Fälle der erstgenannten Kategorie bei weitem überwiegen würde. Die Ursache eines solchen Resultats ist im vorhergehenden Referat auseinandergesetzt worden. Aber er zweifelt ebenso wenig, dass in einigen Jahren, wenn sich die methodische, frühzeitige Kehlkopfuntersuchung in solchen Fällen das Bürgerrecht erworben haben wird, das Verhältniss ein gerade umgekehrtes sein wird. Denn wenn auch in einer kleinen Reihe von Fällen die Einwirkung auf den betreffenden Nerven von vornherein eine so heftige sein mag, dass alle Fasern desselben mehr oder minder gleichzeitig zu Grunde gehen, so ist er doch überzeugt davon, dass in der überwiegenden Majorität aller einschlägiger Fälle dem Stadium der completen Paralyse das Stadium der Erweitererlähmung vorhergeht, und letzteres wird bei methodischer Kehlkopfuntersuchung häufiger und häufiger constatirt werden.

SEMON.

74) E. J. Bruen. **Ein einen Mediastinaltumor vortäuschender Fall mit besonderen Larynxsymptomen. (A case simulating a mediastinal tumor with special laryngeal symptoms.)** *Maryland Medical Journal. 3. Juli 1886.*

Die Autopsie zeigte einen Epithelialtumor, der an der rechten Seitenfläche des Oesophagus an seiner Vereinigung mit dem Pharynx lag. Der rechte Nerv. laryng. inf. ging durch den Tumor hindurch. Während des Lebens war der rechte Giessbeckenknorpel beinahe unbeweglich und das Stimmband gespannt und in Phonationsstellung. Patient starb plötzlich, wahrscheinlich an Glottiskrampf.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

75) F. Felici. **Zweifelhafter Fall bezüglich der Ursache einer Lähmung des linken Stimmbandes. (Caso dubbio sulla causa della paralisi della corda vocale sinistra.)** *Archivii it. di Laringologia. Fasc. 3 e 4. 1886.*

Ein 34jähriger Mann, Syphilitiker, mit häufigen Recidiven, litt an Kopfschmerzen, deren Intensität oft zur Bewusstlosigkeit sich steigerte. Es bestanden Schlingbeschwerden, Heiserkeit, Athemnoth, trockener Husten. Die Untersuchung

ergab Atheromatose der Art. temporal., sowie unreine Aortentöne. Bei der Inspiration bleibt das linke Stimmband in Phonationsstellung.

Verf. fragt sich, ob das laryngoscopische Bild auf einer Lähmung des Crico-arytaenoideus posticus oder auf einer Contraction der Antagonisten beruhe, lässt aber diese Frage als noch sub judice stehend auf sich beruhen. Bezüglich der Ursache des Phänomens kommt er zur Annahme eines Drucks auf den Recurrens entweder durch peribronchiale oder peritracheale Lymphdrüsen oder wahrscheinlicher durch eine atheromatöse Ektasie des Aortenbogens. KURZ.

76) **Gouguenheim** (Paris). **Paralyse der Glottiserweiterer. (Paralysie des dilatateurs de la glotte.)** *Congrès de Nancy pour l'avancement des sciences 1886. — Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. September 1886.*

Es handelte sich um einen Kranken, der eine Paralyse der Stimmritzenöffner in so hohem Grade besass, dass die Tracheotomie nöthig wurde. 14 Tage darauf starb der Patient an Lungentuberkulose.

Bei der Obduction fand man peri-tracheo-bronchiale Lymphdrüseninfiltration und Alteration des Recurrens. Der M. crico-arytaenoideus erwies sich bei histologischer Untersuchung normal.

G. meint, dass man die Lähmung der Dilatatoren viel zu häufig annehme, und dass, wie Krause, Hooper u. A. behaupten, man es viel öfter mit einer Contractur der Kehlkopfmuskeln zu thun habe. E. J. MOURE.

77) **C. A. Ballance** (London). **Fractur des Schildknorpels. (Fracture of the thyroid cartilage.)** *Trans. Path. Soc. of London. Vol. XXXVII. p. 114. 1886.*

Fractur des linken Cornu superius mit Pseudarthrose. Schildknorpel auch sonst beträchtlich deformirt. Specimen im Präparirsaal des St. Thomas Hospitals zufällig entdeckt. Anamnese unbekannt. SEMON.

78) **F. C. Butt** (Calcutta). **Dislocation des Ringknorpels. (Dislocation of cricoid cartilage.)** *Lancet. 17. Juli 1886.*

Eine Dame, welche wegen Seekrankheit an ihre Cajüte gefesselt war, drehte ihren Kopf herum, um sich etwas Beeftea aus einer geschnäbelten Tasse zu nehmen. Als sie den ersten Schluck hinunterschlucken wollte, bekam sie Erstickungsangst im Hals und rang nach Luft. Der Arzt fand sie auf dem Rücken liegend vor mit dem Kinn nach dem Sternum geneigt, Gesicht und Lippen purpurroth, Hände kalt, Respiration schnell, oberflächlich und stöhnend.

Der untere Rand des Schildknorpels ragte stark hervor und unterhalb dessen linker Seite fand man die linke Seite des Ringknorpels hervorspringend. Die Tracheotomie-Instrumente waren bereit; vor der Operation jedoch manipulirte der Schiffsarzt am Ringknorpel, während B. das Kinn aufrichtete und gleichzeitig den Kopf nach der entgegengesetzten Seite wandte. Plötzlich hatte man das Gefühl, als ob etwas nachgab; es folgte Husten und Erbrechen.

Man fand nunmehr, dass die Theile wieder ihre normale Stellung hatten, und Patientin konnte wieder leicht athmen. A. E. GARROD.

79) **Hjort** (Christiania). **Fall von typhöser Larynxstenose, Laryngofissio; Heilung. (Tilfälde af tyfös Larynxstenose, Laryngofissio; Helbredelse.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. Juli 1886.*

In der Reconvalescenz eines typhösen Fiebers wurde während eines Aufenthalts in Eau-Claire Tracheotomie wegen Oedema glottidis gemacht. Perichondritis des Larynx mit Ausstossung von Knorpelsequestern entwickelte sich. Die Canüle konnte nicht entfernt werden. 28. Mai 1885 sah der Verf. zum ersten Mal den Patienten, einen robusten, 30jährigen Mann. Die ganze Kehlkopfgegend war geschwollen und infiltrirt. Laryngoscopisch: Epiglottis stark zusammengeknickt, roth, geschwollen. Taschenbänder roth, geschwollen, beinahe im Contakt mit einander. Exspiration gehindert, Inspiration beinahe unmöglich. Das Innere des Larynx war in reichlichem, foetidem, purulentem Sekret gebadet. 23. Juni: Laryngofissio. Wegen Blutung, die von reichlichen Granulationen im Innern des Larynx ausging, wurde ein Jodoformtampon eingelegt und bis zum nächsten Tage mit dem Weitergehen der Operation gewartet. Es wurden dann ca. 1 $^1/_2$ Ctm. lange knöcherne Sequester, die die hinteren obersten Randpartien der Cartilago thyreoidea repräsentirten, extrahirt.

Aus der weiteren Krankengeschichte ist nur hervorzuheben, dass die Respiration sich nach der Operation wesentlich besserte, so dass Patient mehrere Stunden täglich mit zugestopfter Tracheotomiecanüle athmete, aber erst am 24. Februar, nachdem einige Schleimhautprominenzen von der Tracheotomiewunde aus entfernt waren, konnte man letztere sich schliessen lassen. Die Respiration war nunmehr vollständig frei, die Stimme etwas rauh und heiser, aber kräftig. Der linke Arytänoidknorpel war verschwunden, seine Stelle war durch eine tiefe, von etwas gerötheter Schleimhaut bedeckte Furche bezeichnet. Der rechte Arytänoidalwulst ziemlich normal. Lig. vocalia sup. etwas geschwollen und geröthet. Ventriculi Morgagni als deutliche Vertiefungen sichtbar. Während der Intonation gehen die Taschenbänder mit ihrem vordersten Dritttheil einen Augenblick zusammen; das rechte Stimmband legt sich an das linke und vielleicht etwas über dasselbe. Das linke Stimmband ist unbeweglich. SCHMIEGELOW.

80) **S. J. Sharkey** (London). **Zwei Fälle von Kehlkopfcomplicationen bei Abdominaltyphus. (Two cases of laryngeal disease occuring in thyphoid fever.)** *Trans. Path. Soc. of London. Vol. 37. p. 114. 1886.*

I. Tiefe Höhle nahe dem hinteren Ende des linken Stimmbandes ohne Zusammenhang mit Knorpelerkrankung. Keine Symptome während des Lebens.

II. Tiefe, unregelmässige Höhle in der Gegend der Ringknorpelplatte mit dem Inneren des Kehlkopfs durch kleine Oeffnung hinter und unter dem Stimmbande communicirend. In der Höhle liegt frei ein Theil des necrotisirten Ringknorpels, während ein anderer Theil desselben völlig verschwunden ist. Während des Lebens Symptome von Kehlkopfobstruction und plötzlicher Tod. [Der Ref. hatte Gelegenheit, den Fall während des letzten Lebenstages des Patienten zu sehen. Eine laryngoscopische Untersuchung war bei dem Zustande des Patienten nicht möglich; die Symptome deuteten aber so augenscheinlich auf Kehlkopfobstruction hin, dass Ref. dringend die Vornahme der Tracheotomie empfahl,

die indessen leider nicht ausgeführt wurde. Obwohl bei der Autopsie keine actuelle Verstopfung des Kehlkopfinneren gefunden wurde, hält es Ref. für sehr wahrscheinlich, dass der fehlende Theil der Ringknorpelplatte intra vitam aus der Abscesshöhle in das Kehlkopfinnere gelangt war und dieses temporär obstruirt hatte. SEMON.

81) **J. Besançon. Syphilitische Verengerung der Luftröhre und der Bronchien etc. (Retrécissement syphilitique de la trachée et des bronches etc.)** *Société anatomique de Paris. 19. März. — Progrès méd. 12. Juni 1886.*

Es werden die bei der Autopsie zufällig gefundenen Läsionen der Trachea und der Bronchien angegeben und es wird darauf hingewiesen, dass intra vitam kein Symptom auf dieselben hätte schliessen lassen können. Die Athemnoth, die bestanden hatte, war nicht durch Verengerung der grossen Luftwege, sondern durch Emphysem bedingt. — Es können also, meint B., tertiäre syphilitische Läsionen in der Trachea bestehen[1], ohne Verengerungen des Lumens zu hinterlassen. E. J. MOURE.

82) **Charlewood Turner** (London). **Syphilitische Ulceration der Trachea etc. (Syphilitic ulceration of trachea etc.)** *Trans. Path. Soc. of London. Vol. XXXVII. p. 117.*

Mehrfache syphilitische Ulceration der Trachea und Communication derselben mit der Vena cava. Tod des Patienten, eines 40jährigen, kräftigen Mannes, nach plötzlichem Anfall von Dyspnoë an profuser venöser Blutung aus der arrodirten Vena cava. — Weitere Details müssen im Original eingesehen werden. SEMON.

83) **R. W. Parker** (London). **Obliterirende Endotracheitis und Endobronchitis bei congenitaler Syphilis. (Obliterative endotracheitis and endobronchitis in congenital syphilis.)** *Brit. Med. Journal. 8. Mai 1886.*

Demonstration der sehr interessanten Präparate vor der Pathol. Society of London am 4. Mai 1886. Es handelte sich um eine ca. 1 Zoll oberhalb der Bifurcation beginnende plötzliche und gleichmässige, fibroide Verdickung, welche das Lumen der Trachea auf ca. $^1/_3$ ihres normalen Lumens verengte, den linken Bronchus fast gänzlich verschloss. Die linke Lunge war cirrhotisch und ihre peripheren Abschnitte waren höchstgradig bronchiektatisch; die Höhlen selbst mit stinkendem Eiter angefüllt. — Schon vor mehreren Jahren war der Patient, ein 15jähriger Knabe, der auch andere Zeichen congenitaler Syphilis aufwies, tracheotomirt worden, und hatte die Canüle bis an sein Lebensende getragen; die tracheale Verengerung aber begann weit unterhalb des Punktes, zu welchem die Canüle herabreichte. Erneute Dyspnoë war erst wenige Tage vor dem Ende aufgetreten, was von Mr. Parker — wohl mit Recht — auf die sehr allmälige Zunahme der Stenose bezogen wurde. — Der Präsident (Dr. Bristowe) frug, ob Lungencirrhose eine gewöhnliche Folge des längeren Tragens von Tracheotomiecanülen sei, was von Parker verneint wurde. SEMON.

## f. Schilddrüse.

84) **A. T. Sloan** (Edinburgh). **Die Beziehung des Kropfes zur Menstruation und Schwangerschaft und der Einfluss des Sympathicus auf die Entstehung desselben. (The relation of goitre to menstruation and pregnancy and the influence of the sympathetic nervous system on its production.)** *Edinburgh Medical Journal. September 1886.*

Der Autor versucht zu zeigen, dass die Menstruation und Schwangerschaft eng verbunden sind mit der Aetiologie des Kropfs. In einer sehr interessanten und gut geschriebenen Arbeit bringt er starke Beweise zur Unterstützung seiner Ansicht nicht nur aus seiner eigenen Erfahrung (fünf beobachtete Fälle), sondern auch aus den Schriften Anderer. M'BRIDE.

85) **A. T. Sloan** (Edinburgh). **Ist der Kropf erblich? (Is goitre hereditary?)** *Brit. Med. Journal. 6. November 1886.*

S. beantwortet die Frage in bejahendem Sinne, indem er 12 von ihm in Lanarkshire beobachtete Fälle citirt, von denen 8 deutliche Erblichkeit zeigen. In 6 Fällen hatten die Mutter und Grossmutter an Kropf gelitten. Die Mutter einer Anderen war an Morbus Basedowii gestorben; eine Andere hatte eine Cousine, welche an gewöhnlicher Struma litt. Er citirt andere Fälle zur Stütze seiner Ansicht und auch Fälle, wo der Kropf angeboren war.

Sollten die Fälle, wo der Kropf in Familien herrscht, nicht ebenso gut dadurch erklärt werden können, dass die Familien eine Gegend bewohnten, wo dieses Leiden allgemein ist? A. E. GARROD.

86) **Norman Moore** (London). **Primäres Carcinom der Schilddrüse. (Primary carcinoma of thyroid.)** *Brit. Med. Journal. 8. Mai 1886.*

Demonstration des Präparates vor der Pathol. Society of London am 4. Mai 1886. Dasselbe stammte von einer 46jährigen Frau, die im Ganzen nur vier Monate krank gewesen war. Während dieser Zeit hatte die Neubildung eine enorme Ausdehnung erreicht, war in den Kehlkopf gewuchert, hatte die Haut perforirt, beide Carotiden und einen Recurrens comprimirt, und war durch die obere Wand des Aortenbogens gewachsen, ohne Hämorrhagie im Gefolge zu haben. Secundäre Krebsmassen fanden sich im Gehirn, beiden Nieren und in einer Rippe. Wegen weiterer Details muss auf das Original verwiesen werden. — In der Discussion hob der Ref. hervor, dass Schilddrüsenkrebs nicht so selten sei, als dies noch vor kurzer Zeit geschienen habe, und wurde in dieser Behauptung von Mr. Bland Sutton unterstützt, welcher bemerkte, dass das Epithel der Schilddrüse ein ächtes aus dem Hypoblast entwickeltes Epithel sei, und dass es daher nichts Ueberraschendes habe, wenn es sich herausstelle, dass Epitheliom in dieser Gegend nicht selten sei. SEMON.

87) **G. Gulliver** (London). **Schilddrüsenkrebs. (Malignant disease of thyroid.)** *Brit. Med. Journal. 6. März 1886.*

G. zeigte eine krebsig entartete Schilddrüse, die einem Falle von Myxoedem entstammte, am 2. März 1886 vor der Pathol. Society of London.

Die Patientin war eine 44jährige Frau, die vier Jahre vor ihrem Tode an wohlmarkirtem Myxoedem und leichtem Stridor gelitten hatte, und asthenisch zu Grunde gegangen war. Der Fall illustrirte nach G.'s Meinung die Häufigkeit, mit welcher krebsige Leiden atrophische oder functionell unthätige Organe befielen. Er erwähnte, dass Mr. Shattock ihm den Fall eines 18jährigen, an sporadischem Cretinismus leidenden Burschen mit chronischer Vergrösserung der Schilddrüse mitgetheilt habe. Bei der Autopsie dieses Patienten fand sich ebenfalls Krebs dieses Organs von offenbar späterem Datum, als es die hypertrophischen Veränderungen waren. — In der Discussion theilte Hadden (der Secretair des Myxödem-Comités der Londoner klinischen Gesellschaft. Ref.) mit, dass in fast 30 Obductionsprotocollen von Myxoedem, die ihm zugänglich geworden seien, von interstitieller Degeneration der Schilddrüse mit Proliferation der Epithelzellen berichtet werde. SEMON.

88) **Bilton Pollard** (London). **Zottengeschwulst einer accessorischen Schilddrüse. (Villous tumour of accessory thyroid.)** *Brit. Med. Journal. 6. März 1886.*

Die der Path. Society von London am 2. März vorgelegte Geschwulst bestand aus einer orangengrossen Cyste, in deren Höhle wandständige Zotten hineinragten und war von Mr. A. E. Barker aus dem rechten vorderen Halsdreieck eines Patienten entfernt worden. Sie war ursprünglich von der Höhe des oberen Randes des Schildknorpels ausgegangen, zuerst langsam, dann schnell gewachsen und so tief gelegen, dass behufs ihrer Entfernung das mittlere Drittel des Scalenus anticus und ein Stück der Jugularis interna entfernt werden mussten. Auch einige vergrösserte Drüsen in ihrer Nachbarschaft waren mit entfernt worden. Trotzdem hielt P. die Geschwulst, hinsichtlich deren sehr detaillirt mitgetheilter, mikroscopischer Analyse auf das Original verwiesen werden muss, nicht für bösartig. Die Discussion, an welcher die Herren Norman Moore und Bland Sutton theilnahmen, förderte nichts Besonderes zu Tage. SEMON.

## g. Oesophagus.

89) **Landouzy. Ueber die krebsige Verengerung der Speiseröhre. (Du rétrécissement cancéreux de l'oesophage.)** *Gazette des hôpitaux. 23. Februar 1886.*

Es wird die Krankengeschichte und der Obductionsbefund von 2 Fällen mitgetheilt, von denen der eine auf der Abtheilung des Dr. Hardy, der andere auf der des Dr. Segond zur Beobachtung kam.

Der erstere Kranke starb an Verblutung. Der Tumor hatte die Aorta exulcerirt. Der Tod hätte durch Catheterismus leicht früher herbeigeführt werden können. Der zweite Kranke starb in Folge von pleuro-pulmonären Complicationen. L. knüpft an diese zwei Fälle Betrachtungen über die Gastrostomie bei krebsigen und bei narbigen Verengerungen des Oesophagus. E. J. MOURE.

90) **James Cox. Ein Fall von Krebs des Oesophagus. (A case of cancer of the gullet.)** *Australian Med. Journal. 15. Februar 1886.*

Ein Fall von carcinomatöser Strictur des Oesophagus, wobei laryngoscopisch eine leichte hyperämische Röthung der hinteren Tracheawand constatirt werden

konnte. Die Röthung war ziemlich dicht unter den Stimmbändern, und der Sitz der Strictur war nahe dem oberen Ende des Oesophagus. A. E. GARROD.

91) **A. Grandhomme. Oesophaguskrebs. Perforation der Aorta. (Cancer de l'oesophage. Perforation de l'aorte.)** *Société anatomique de Paris. 22. Januar. — Progrès méd. 27. März 1886.*

Der Tod trat ein in Folge von innerer Verblutung in den Magen, Erbrochen wurden nur unbedeutende Mengen. Die Perforationsöffnung der Aorta, die 5 bis 6 Millimeter im Durchmesser hatte, sass an der Kreuzungsstelle mit dem Oesophagus. E. J. MOURE.

92) **A. Bogajewski** (Krementschuk). **Ein Fall von Gastrostomie in Folge von carcinomatösem Oesophagus. (Slutschai gastrostomii pri rakowom suschenii pitschewoda.)** *Chirurg. westn. Juli 1885.*

Die vordere Magenwand wurde in die Bauchwunde eingenäht und 6 Tage später der Magen eröffnet. Pat. ertrug die Operation sehr gut und starb drei Monate nach der Operation an chron. Pneumonie. LUNIN.

93) **Herbert Larder. Oesophaguskrebs. (Cancer of oesophagus.)** *Trans. Path Soc. of London. Vol. XXXVII. p. 226. 1886.*

Nichts Besonderes. SEMON.

94) **J. A. P. Price. Ein Fall von Oesophaguskrebs mit beträchtlicher Vergrösserung der Lymphdrüsen am Halse und in der linken Achsel. (A case of malignant disease of the oesophagus with considerable enlargement of the lymphatic glands in the neck and left axilla.)** *Trans. Path. Soc. of London. Vol. XXXVII. p. 227. 1886.*

Der einzige Punkt von Interesse ist im Titel genügend erwähnt. SEMON.

95) **H. A. Lediard** (Carlisle). **Oesophaguskrebs. Gastrostomie. (Cancer of the oesophagus, for which gastrostomy was performed.)** *Trans. Path. Soc. of London. Vol. XXXVII. p. 229. 1886.*

Die Operation wurde in zwei Tempi vorgenommen. Tod am zehnten Tage nach dem Schlussact an Bronchitis und secundären Krebsablagerungen im Omentum. SEMON.

---

# III. Kritiken und Besprechungen.

a) **M. Lermoyez** (Paris). **Experimentale Studie über die Phonation. (Etude expérimentale sur la phonation.)** O. Doin, 8 Place de l'Odéon. Paris, 1886.

Der erste Theil dieser interessanten Arbeit ist den Experimenten, der zweite Theil den Theorien gewidmet. Bei der Experimentation wurden vier Versuchsreihen benutzt. 1. am lebenden Menschen, 2. am Thiere, 3. am künstlichen Kehlkopf, 4. am Cadaver. Am besten lässt sich nach dem Autor die Phonation am

Cadaver studiren und zwar in der Art, dass man den Kehlkopf herausnimmt und ihn künstlich der Wirkung der Kehlkopfmuskeln unterzieht. In diesem Referate können nur die Conclusionen der gemachten Experimente angeführt werden. Sie sind folgende:

I. Installation des Kehlkopfes:

Der wichtigste Punkt hierbei ist die absolute Immobilisirung der Crico-arytenoidealgelenke, die im Leben durch die vereinigte Contraction aller peri-arytenoidealen Muskeln erfolgt, ohne welche jede Contraction des Crico-thyroideus ohne Wirkung für die Spannung der Stimmbänder bleibt.

II. Glottisverschluss:

1. Wenn die hintere Glottis in ihrer ganzen Weite geöffnet bleibt, so kann kein Ton hervorgebracht werden, wie sehr auch immer die Stimmbänder gespannt sein mögen, und wie gross der Luftdruck auch immer sein mag.

2. Berühren sich aber die Processus vocales so entsteht ein Ton.

3. Sobald die Processus vocales nur einander genähert sind, ohne sich zu berühren, so kann noch eine gewisse Zahl tiefer Töne hervorgebracht werden, vorausgesetzt, dass die Weite der interarytaenoidalen Stimmritze nicht 1 Mm. überschreitet.

III. Erzeugung der Kopf- oder Fistelstimme.

4. Wenn der Kehlkopf in vocaler Position, d. h. wenn die hintere Glottis geschlossen ist und wenn die Stimmbänder mässig gespannt sind, so verleiht die durch die Stimmritze streichende Luft der Stimmritze folgendes Aussehen: Zuerst streicht die Luft tonlos durch, erzeugt eine quere Spannung, die die Stimmbänder aufbauscht und die Glottis erweitert. Hierauf sieht man zwei graue Membranen sich jederseits von den Glottisrändern loslösen und in der Glottislichtung, die durch sie verengert wird, schwingen. Dies ist genau der Zeitpunkt, in welchem der Ton erzeugt wird. Die beiden schwingenden Lippen sind von der Schleimhaut gebildet. Niemals gelangen sie zu vollständiger Berührung, sondern lassen zwischen sich einen freien spindelförmigen Raum.

5. Wenn man mit einer Nadel diesen schwingenden Theil der Stimmbänder ansticht, so verletzt man nur die Schleimhaut.

6. Wenn man mit einem feinen Bistouri vorsichtig die ganze Schleimhaut abpräparirt, so wird der Larynx stimmlos.

7. Bleibt der Kehlkopf durch 24 Stunden der freien Luft ausgesetzt, so dass die Stimmbänder eine leichte Eintrocknung erfahren, und bläst man dann durch die Trachea Luft, mit welchem Druck immer, so erweitert sich zwar die Glottis, aber es wird kein Ton hervorgebracht; denn durch diese Eintrocknung wird die Schleimhaut an dem ligamentösen Bande angeklebt und kann sich nun nicht mehr loslösen, um in der Glottislichtung zu schwingen.

8. Im Verlaufe des Versuchs kann man den musculären wie den ligamentösen Theil der Stimmbänder berühren, ohne irgendwie den hervorgebrachten Ton zu ändern, aber so bald man die grauen schwingenden Membranen berührt, erstickt man die Stimme.

9. Bringt man einen schwarzen Punkt auf die ligamentösen Partie des

Stimmbandes und lässt man hierauf die Glottis sprechen, so bleibt der schwarze Punkt unbeweglich.

10. Führt man die Spitze einer Sonde in den spindelförmigen Raum zwischen den Stimmbändern ein, so wird hierdurch der Ton in keinerlei Weise verändert.

(Der auf obige Weise erzeugte Ton hat einen weichen, flötenförmigen Charakter und bildet die Fistel- oder Kopfstimme. Er lässt sich besonders leicht am Kehlkopf des Weibes hervorbringen.)

IV. Erzeugung der Bruststimme:

11. Wenn man, ohne sonst in obigen Stimmversuchen etwas zu ändern, zu beiden Seiten der Glottis die Zähne einer T-förmigen Zange anbringt und einen leichten Druck von aussen nach innen ausübt und hiebei Sorge trägt gerade an der Grenzlinie zwischen musculärem und ligamentösem Theil zu bleiben, welche Grenzlinie durch Transparenz leicht sichtbar ist, so wird der Ton in seinem Timbre und in seiner Höhe verändert.

12. Der so erzeugte Ton hat einen durchdringenderen mehr zungenpfeifenartigen und helleren Timbre.

13. Zu gleicher Zeit wird der Ton tiefer. Bei gleicher Stärke der durchgeblasenen Luft schwankt die Herabstimmung des Tones einer mittelhohen Note zwischen einer Terz und einer Quart.

14. An dem mit Fistelstimme sprechenden Kehlkopf bemerkt man, wenn man die Zange in der eben beschriebenen Weise anbringt, folgende Veränderungen in dem Zustand der Stimmritze.

A. Die Schwingungen haben eine grössere Amplitude und werden für das blosse Auge viel sichtbarer (daher die grössere Intensität des Tones).

B. Der centrale spindelförmige Raum verengert sich bedeutend und die schwingenden Ränder der Stimmbänder berühren sich fast.

C. Man kann leicht sehen, dass die Schwingungen um so ausgedehnter sind, je näher man sie an der Glottisaxe beobachtet und dass weiter entfernt die Schwingungen schwächer werden und endlich erlöschen, da wo das Muskelgewebe beginnt.

15. Wenn man mit einer Nadel die schwingende Zone in ihrem mittleren Antheile ansticht, so durchbohrt man die Schleimhaut und die fibröse Schichte, aber nicht den Muskel.

16. Wenn man mit einem Bistouri die Schleimhaut der Stimmbänder wegnimmt, eine Operation, die wie oben bemerkt wurde, die Fisteltöne zum Verschwinden brachte, so bringt der Larynx, der unter dem Drucke der Zange zum Schwingen gebracht wurde, dennoch die Zungenpfeifentöne hervor, nur sind selbe weniger intensiv.

17. Wenn man den ligamentösen Theil der Stimmbänder, abträgt aber den Musculus thyro-arytaenoideus intact lässt, so wird der Kehlkopf vollkommen aphon, welches auch immer das angewendete Verfahren sein mag, um ihn in Schwingung zu versetzen.

18. Während der Kehlkopf unter der Zange spricht, kann man ungestraft den musculären Antheil der Stimmbänder berühren; aber sobald man den liga-

mentösen Theil berührt, so trübt sich der Ton, es entstehen Schwingungsknoten, die dessen Höhe verändern; und wenn man nur ein Stimmband berührt, so verursacht man Diphthonie.

19. Der schwarze Punkt, der sich auf der weissen Partie des Stimmbandes befand und beim früheren Versuche, bei der Erzeugung des Fisteltones, unbeweglich blieb, schwingt nun während der vocalen Vibration.

(Diese Zungenpfeifentöne machen die Bruststimme aus, und sie sind leicht am Kehlkopf von Männern hervorzubringen.)

V. Ueber die Verschiedenheiten der Tonhöhe durch Muskelwirkung:

20. An einem Kehlkopf, der in vocalem Gleichgewichte sich befindet und der einen bestimmten Ton hervorbringt, kann ein in verticaler Richtung von oben nach unten ausgeübter Zug auf den Schildknorpelwinkel, diesen Ton um 10 Noten erhöhen. — Geschieht dies am Kehlkopfe des Weibes, der in der Gleichgewichtslage für Fistelstimme die Note $c^4$ hervorbringt, so wird der stärkere verticale Zug den Kehlkopf $f^5$ erzeugen lassen. Handelt es sich um den Kehlkopf eines Mannes, dessen Gleichgewichtslage für Bruststimme $e^2$ beträgt, so wird der vertical ausgeübte Zug ihn $a^3$ hervorbringen lassen.

21. Wenn man seitlich von aussen nach innen auf die Schildknorpelplatten drückt, so kann der Ton um eine Terz steigen.

22. Wenn man an einem Larynx, der sich in vocaler Gleichgewichtslage befindet, auf dem Schildknorpel einen Zug von vorn nach rückwärts ausübt, so macht man den Ton um eine Quart bis zu einer Sext fallen.

VI. Veränderung der Tonhöhe durch Luftdruck:

23. Sind die Stimmbänder in einer bestimmten Stellung erhalten durch einen gewissen Grad von Muskelspannung, so kann man durch Aenderung des Luftdruckes die Höhe des Tons um eine Quart ändern.

24. Diese Aenderung des Tones vollzieht sich viel leichter für die tiefen als für die hohen Noten. In der unteren Octave kann sie eine Quint betragen, in der unteren Octave dagegen macht sie schwerlich mehr als eine Terz aus.

25. Wenn man, wie bei mittlerer Spannung, die höchste Note erreicht hat, die der maximalen musculären Anpassung entspricht, so kann man noch die Höhe der Note um 2 Töne steigern, indem man die Blasekraft vergrössert.

26. Wenn man, bei mittlerer Spannung, die unterste Grenze der Erschlaffung der Stimmbänder erreicht hat, die sich noch mit der Erzeugung eines musikalischen Tones verträgt, so kann man durch starke Verminderung der Blasekraft den Ton noch um 3 Noten herabstimmen.

27. Wenn der Ton ansteigt durch einfache Vermehrung der Blasekraft ohne Vermehrung der musculären Spannung der Stimmbänder, so wird die Stimmritze um so breiter und die Stimmbänder um so mehr aufgebaucht, je höher der Ton ist.

28. Die Modificationen des Tones durch Luftdruckänderungen entstehen viel leichter im Register der Kopf- als in dem der Bruststimme.

29. Wenn man bei einem Kehlkopfe, der sich in der Stellung für Bruststimme (Wirkung der Zunge) befindet und beispielsweise ein $c^3$ liefert, die

Blasekraft erhöht, so steigt der Ton, indem er seinen Character eines Zungenpfeifen-Tons beibehält, um eine Quart und wird zu einem $f^3$. Wenn man aber hierauf mit äusserster Kraft bläst, so wird der ursprüngliche Ton zur Octave, zum $c^4$. Dann hat er aber den Timbre eines Flötentones; die Schleimhaut allein ist es, die schwingt und der characteristische spindelförmige Stimmritzenraum des Kopfstimmenregisters wird sichtbar.

In einem folgenden Capitel werden die Resultate der Thierexperimente angeführt, die zu dem Zwecke unternommen worden waren, um zu sehen, ob der contrahirte Musculus thyro-arytaenoideus während des Anlautens der Stimme mitschwingt oder nicht. — Nach den an Hunden gemachten Experimenten schliesst der Autor, dass die Brusttöne ausschliesslich durch Schwingung des ligamentösen Theiles der Stimmbänder zu Stande kommen und dass die Thyreoarytaenoidoi hierbei nicht schwingen.

In einem weiteren Capitel werden die vom Autor im Vereine mit E. Jeanselme angestellten Versuche am Kehlkopfe von Choleratodten wiedergegeben, über welche wir schon referirt haben (siehe Band II., p. 544 des Centralbl.).

Der zweite Theil der Arbeit ist, wie Eingangs erwähnt, den Theorien gewidmet und wir können auch hier nur die Conclusionen des Autors anführen:

„1. Der Mechanismus der Stimmhebung und der Stimmsenkung besteht ausschliesslich in der Anspannung und Erschlaffung der Stimmbänder. Die Länge spielt hierbei keine Rolle, im Gegentheil, die Stimmbänder werden länger, wenn der Ton höher wird.

2. Die Veränderungen des Durchmessers der Stimmritze beeinflussen das Timbre, aber nicht die Höhe der Stimme.

3. Das Klaffen der Glottis inter-arytaenoidea erzeugt immer Aphonie. Das Schliessen derselben wird vom Ary-arytaenoideus besorgt. Es ist indessen wahrscheinlich, dass ein leichter Grad von Auseinanderweichen der Aryknorpel mit der Bildung von tiefen Brusttönen vereinbar ist.

4. Die gleichzeitige Contraction der Crico-arytaenidei laterales und postici sichert eine Fixirung der Aryknorpeln auf dem Ringknorpel, ohne welche eine Wirkung der Stimmmuskeln kaum möglich ist.

5. Der Crico-thyroideus ist der einzige Spanner der Stimmbänder.

6. Der Thyreo-arytaenoideus internus hat zwei Wirkungen, wenn er sich zusammenzieht: a) indem er seine Enden einander nähert, erschlafft er die ligamentösen Stimmbänder; b) indem er anschwillt, übt er auf diese einen seitlichen Druck von aussen nach innen aus, der das Fortbestehen der Bruststimme sichert.

7. Es besteht also in dem zur Phonation eingestellten Kehlkopfe steter Antagonismus und Kampf zwischen den Spannern und Erschlaffern der Stimmbänder.

8. Die normale Intonation ist die Folge des Gleichgewichtes zwischen diesen entgegenwirkenden Kräften.

9. Unabhängig von der Contraction des Crico-thyroideus, der die Stimmbänder activ spannt, erleiden diese noch von Seiten der ausgeathmeten Luft eine passive Spannung. Diese passive Spannung spielt eine grosse Rolle bei der Erzeugung der hohen Töne.

10. Die vocale Compensation ist das Phänomen, Dank dessen eine Note in ihrer Intensität geändert werden kann, ohne dass deren Höhe alterirt wird. Sie ist bedingt dadurch, dass die active Spannung der Stimmbänder geringer wird, während die passive Spannung wächst und umgekehrt. so dass die Summe der beiden Spannungen constant bleibt. Der Crico-thyroideus ist der Muskel der vocalen Compensation.

11. Der vocale Ton ist bedingt durch die Schwingungen der Stimmbänder und nicht durch die der Luft.

12. Der Thyreo-arytaenoideus schwingt nie mit.

13. Bei der Bruststimme schwingen die fibröse und die mucöse Schicht gemeinsam, der Thyro-arytaenoideus bleibt contrahirt, die Stimmritze ist fast verschwunden. Es besteht starker Druck, aber geringer Verbrauch der Luft.

Bei der Fistelstimme schwingt die Schleimhaut allein, der Thyro-arytaenoideus ist erschlafft, die Glottis bleibt elliptisch und klaffend; der Luftverbrauch ist ein grosser. aber der Druck ist ein schwacher.

Der Thyro-arytaenoideus internus ist der Muskel der Bruststimme.

14. Der Abstand zwischen den Umfängen beider Stimmregister (Kopf- und Bruststimme) beträgt im Mittel eine Quart.

15. Die Verschiedenheiten der Höhe sind durch die Verschiedenheit der Natur der vocalen Zungenpfeifen bedingt und nicht durch die Verschiedenheit ihrer Länge.«

Ein vollständiges Literatur-Verzeichniss beschliesst die These.

Die anziehenden Details der sorgfältigen Arbeit, von welcher wir hier nur die trockenen Conclusionen geben konnten, seien dem eingehenden Studium der Collegen auf's Wärmste empfohlen. E. J. MOURE.

b) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Eine praktische Abhandlung über das Sputum. (A practical treatise on the sputum.)** W. u. A. K. Johnston. Edinburgh, 1886.

In dieser Monographie behandelt der Autor das Sputum von einem rein practischen Gesichtspunkt aus, indem er den Werth der mikroscopischen und makroscopischen Untersuchung desselben zu diagnostischen und prognostischen Zwecken zum Gegenstande seiner Betrachtungen macht. Natürlich ist der grössere Theil des Werkes der Beziehung des Sputums zu den Lungenaffectionen gewidmet. Wenn wir einige zerstreute Bemerkungen und Fälle ausnehmen, so sind die Capitel VII. und XI. die einzigen Theile, welche von den Krankheiten des Halses und der Nase handeln, über welche allein wir an dieser Stelle ausführlich zu berichten brauchen.

Capitel VII. bespricht das Sputum bei gewissen Affectionen der Nase, des Mundes und Pharynx und bei Larynxkrankheiten. Nachdem der Autor erklärt hat, dass Membranfetzen und ulcerirte Schorfe (sic) von grösserer diagnostischer Bedeutung bei Diphtherie seien, als die Mikrokokken, betrachtet er den practischen Werth der Anwesenheit von Tuberkelbacillen bei der Larynxphthise. Er betont deren Wichtigkeit für die Diagnose in den frühen Stadien der Larynxphthise, welche nicht von deutlichen Lungenaffectionen begleitet sind. Um uns zu ver-

gewissern, dass die Bacillen vom Larynx selbst herstammen, müssen wir natürlich das Larynxsecret (welches mit einem Pinsel zu entnehmen ist) untersuchen. Die Bacillen sind gewöhnlich nur in geringer Anzahl in dem Secret enthalten. Die Anwesenheit von elastischem Larynxgewebe ist nach dem Autor nicht characteristisch für die Larynxphthise. Es wird das Vorkommen von Klümpchen oder Stücken von Neoplasmen im Sputum erwähnt. Besondere Wichtigkeit wird der Untersuchung solcher Fragmente in gehärteten und gefärbten Schnitten beigelegt, um die Anwesenheit von Zellenresten beim Epitheliom des Larynx oder Pharynx festzustellen. Das gleichzeitige Vorkommen von tuberculösen und syphilitischen Krankheiten in einigen Fällen sollte in Erwägung gezogen werden, um zu verhüten, dass sich der Beobachter mit einer Diagnose, die sich allein auf die Anwesenheit von Tuberkelbacillen stützt, zufriedengiebt. Dieses Capitel ist reichlich mit farbigen Kupferstichen der verschiedenen, zuerst erwähnten characteristischen Sputa illustrirt.

Capitel IX., welches eigentlich die Fortsetzung des Capitels VII. bildet, enthält Bemerkungen über die therapeutischen Indicationen bei den Larynx- und verwandten Krankheiten. Bei der tuberculösen Laryngitis mit Tuberkelbacillen im Sputum und im Larynxsecret wird die Anwendung von trockenen Inhalationen im hohen Grade missbilligt. Entzündliche Symptome sind durch Spray, Pulver oder locale flüssige Applicationen zu beseitigen; Dysphagie in den späteren Stadien wird durch 5proc. Cocain. mur., Morphium oder Jodoform gehoben. — Letzteres hat, nach Ansicht des Autors, keine specifische pilztödtende Wirkung auf die Tuberkelbacillen. Er hat es in 20 Fällen von Larynx- und Lungenphthisis angewendet und fand niemals die geringste Einwirkung auf die Bacillen oder die Krankheit. Einige von den Patienten besserten sich in der That in einem gewissen Grade, aber das kommt bei der bacillären Phthise vor, ohne dass irgend ein Mittel verabfolgt wird. — Der Rest dieses Capitels ist der Besprechung der therapeutischen Indicationen gewidmet, welche durch die Untersuchung abgelöster Stücke von Neubildungen bei malignen und gutartigen Tumoren des Larynx gegegeben sind.

Das Schluss-Capitel des Buches enthält eine practische Uebersicht über die Methoden zur Untersuchung des Sputums.

Wir fühlen uns nicht berufen, den ganzen Inhalt dieses Werkes kritisch zu besprechen. Aber wir können versichern, dass es klar geschrieben, schön illustrirt ist und Vieles enthält, was jeden interessirt, der sich mit der Frage der Phthisis befassen will. Der Hauptwerth wird in dem ganzen Werk auf die Bedeutung der Tuberkelbacillen für die Diagnose und Prognose bei Lungen- und Halskrankheiten gelegt, ein Gebiet, auf dem des Autors Ansichten volle Aufmerksamkeit verdienen.

E. CRESWELL BABER (Brighton).

---

# IV. Briefkasten.

## Personalia.

Herr Dr. H. Krause (Berlin) ersucht uns, veranlasst durch eine Notiz der Revue mensuelle de la Laryngologie etc. vom Januar d. J., welche ihn als designirtes Mitglied des Bureau's der laryngologischen Section des internationalen Congresses zu Washington anführt, mitzutheilen, dass er die ihm zugedachte Function des deutschen Secretairs dieser Section nicht angenommen habe.

---

## Officielle Einrichtung eines theoretischen und practischen Curses der Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität zu Gent.

Die Laryngologie ist so wenig durch officielle Begünstigungen verwöhnt, dass selbst kleine Fortschritte als Vorboten endlicher, völliger Anerkennung dankbar begrüsst und verzeichnet werden müssen. Doppelt erfreulich ist es, wenn solche Fortschritte aus Ländern berichtet werden, in denen bis dahin der Stand der Specialität ein nichts weniger als wünschenswerther war. Zu diesen Ländern gehört, wie unsere Leser aus einem erst kürzlich erschienenen Leitartikel des Centralblatts entnommen haben, auch Belgien, und wir machen daher heute mit aufrichtiger Genugthuung die Mittheilung, dass durch Erlass des belgischen Ministers des Innern vom 6. December 1886 an der Universität Gent ein officieller theoretischer und practischer Curs der Laryngologie, Rhinologie und Otologie errichtet, und die Leitung desselben Herrn Dr. E. W. Eeman übertragen worden ist. Indem wir dem Collegen zu seiner Anstellung bestens Glück wünschen, sprechen wir die Hoffnung aus, dass die Errichtung einer Professur für die genannten Specialfächer an der Genter Universität der Einrichtung des Curses bald folgen möge.

---

## Die Vertretung der wissenschaftlichen Laryngologie in Genf.

Verehrtester Herr Redacteur!

In dem Artikel „die Stellung der Laryngologie in der Schweiz“ sagt der betreffende Verfasser: „An der vierten Universität hingegen, in Genf, ist kein Lehrer für Kehlkopfheilkunde thätig.“ Wenn der Herr Verfasser von officieller Lehrthätigkeit sprechen will, so ist das allerdings richtig. Hingegen existirt in Genf eine vom Unterzeichneten gegründete und geleitete Poliklinik für die Krankheiten der oberen Luftwege und der Ohren. Dieselbe hatte letztes Jahr eine Krankenzahl von über 900. Sie ist gegenwärtig von 17 Studenten der Medicin besucht, eine verhältnissmässig beträchtliche Zahl, wenn man bedenkt, dass die ordentlichen Universitätskliniken nur 40 Zuhörer zählen und nur Studenten, welche diese Kliniken besuchen, zum Besuche der Privat-Poliklinik zugelassen werden.

Genehmigen Sie, verehrtester Herr Redacteur, die Versicherung meiner verbindlichsten Hochachtung.

Genf, den 14. Januar 1887. Dr. WYSS.

[Wir nehmen mit Vergnügen von der freundlichen Berichtigung der betreffenden Angabe Kenntniss. Red.]

---

## Edwyn Andrew †.

Mit vielem Bedauern bringen wir die Mittheilung von dem am 10. Januar erfolgten Tode Dr. Andrew's, eines distinguirten englischen Arztes, welcher auch der Laryngologie ein warmes Interesse schenkte und in seinem Wohnort, Shrewsburg, als Chirurg am Hospital für Augen-, Ohren- und Halskrankheiten thätig war.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang III. Berlin, März. 1887. No. 9.

## I. Die Stellung der Laryngologie in Spanien.

Es mag zum Eingange dieses Artikels nicht überflüssig sein, daran zu erinnern, dass die moderne Laryngologie ihren Ursprung von der Entdeckung eines Spaniers, des noch heute in London lebenden berühmten Gesanglehrers Manuel Garcia genommen hat.

Der Eingang der wissenschaftlichen Laryngologie in Spanien ist Raphael Ariza zu danken. Als derselbe vor 16 Jahren nach vorausgegangenem Studium und Vervollkommnung in der Technik bei bewährten Meistern im Auslande sich eine tüchtige Grundlage gebildet hatte, liess er sich, damals der einzige Specialist in der Laryngologie in Spanien, in Madrid nieder. Bald hernach ging Ramon de la Sota y Lastra (Sevilla) nach London, um dort unter Morell Mackenzie seine Studien zu machen. Allmälig gewann dann die Laryngologie und deren verwandte Wissenschaften Boden in Spanien, so dass man sagen kann, dass heute in jeder der grösseren Städte Spaniens ein Ambulatorium für Halsleidende existirt. Selbst in Städten zweiter Ordnung giebt es Aerzte, die die Laryngologie mit den nöthigen Kenntnissen betreiben.

In Madrid ist es „El Instituto de Terapeutica operatoria", woselbst Ariza Aerzten und Studirenden Curse über Laryngologie giebt und dabei die nöthigen Operationen ausführt. Ebenso befindet sich zu Lehrzwecken in Barcelona eine „Clinica especial" und in Sevilla eine „Policlinica de la facultad" unter der Leitung de la Sota's.

1886 constituirte sich eine „Sociedad Espanola de Laringologia, Otologia y Rinologia" in Barcelona, welche vierteljährlich unter der Theilnahme der meisten spanischen Laryngologen zusammentritt. Es werden bei diesen Gelegenheiten Original-Arbeiten vorgetragen und Discussionen über dieselben eröffnet, welche später in den Bulletins der Gesellschaft gedruckt erscheinen.

Ferner existiren 3 Fachblätter:

1. Anales de Otologia y Laringologia, Director R. Martiny Esteban. Alcala de Henares.
2. Gaceta de Oftalmologia, Otologia y Laringologia, Director Gomez de la Mata. Madrid.
3. Revista de Laringologia, Otologia y Rinologia. Director Roquer Casadesus. Barcelona.

Dieselben bringen hauptsächlich Referate und Uebersetzungen ausländischer Arbeiten, während viele Original-Arbeiten spanischer Laryngologen, ohne in den Fachblättern referirt zu werden, sich zerstreut in den verschiedensten spanischen Zeitschriften vorfinden. Es dürfte daher verständlich sein, welch' grosse Schwierigkeiten sich der Berichterstattung über die spanischen laryngologischen Arbeiten entgegenstellen, zumal viele der betreffenden Zeitschriften ein frühes Ende nehmen, um anderen Platz zu machen, die bald denselben Weg gehen.

Im Ganzen lässt sich sagen, dass Spanien bereits gegenwärtig manche tüchtige Vertreter der Laryngologie besitzt, und dass deren bald eine grössere Anzahl vorhanden sein dürfte, da die obengenannten Institute bereits Früchte getragen haben; auch besuchen jüngere Aerzte jetzt mehr das Ausland, als dies früher der Fall war. Bedauerlich ist es jedoch, dass die spanische Regierung durchaus nicht genügende Mittel bietet, um den Studirenden das Studium der Laryngologie zu erleichtern.

An den Universitäten bestehen keine Lehrstühle für Laryngologie.

---

# II. Referate.

## a. Allgemeines.

1) **F. Massei** (Neapel). **Eröffnungsvorlesung zum laryngologischen Curs. (Prelezione al corso laringoiatrico.)** *Riforma medica. Nov. 1886.*

Der Inhalt ist allgemeiner Natur, für die Studenten bestimmt. Es werden besprochen Werth des Laryngoskops, anatomische und ätiologische Diagnose der Kehlkopfaffectionen. KURZ.

2) **Bericht über das Metropolitan Throat-Hospital, New-York 1886. (Report of the Metropolitan Throat-Hospital, New-York 1886.)**

Der Bericht enthält eine Uebersicht über die Thätigkeit in diesem Institut vom Beginn seiner Begründung — 3. Januar 1874 — bis zum 31. December 1885 incl., d. h. ein Zeitraum von 12 Jahren.

Für die Jahre 1883, 1884 und 1885 ist ein detaillirter Bericht gegeben. Dieser letztere zeigt eine Totalziffer von 839 Larynxfällen, von denen 98 syphilitische Laryngitiden, 184 phthisische mit 70 Fällen im Stadium tuberculöser Ulceration. Ausgesprochene tuberkulöse Ulceration des Kehlkopfs führte in jedem zur Beobachtung gekommenen Fall zu tödtlichem Ausgang.

In der Gesammtsumme befinden sich 13 intralaryngeale Neubildungen.

Die Summe der Nasenkrankheiten beträgt 892, darunter 66 syphilitische Affectionen, welche sämmtlich mit Ausnahme von 6 tertiären Stadiums waren; 189 Fälle von Raumbeschränkung der Nasenhöhle, davon 111 in Folge von Verbiegung oder Auswüchsen des knorpeligen oder knöchernen Theiles des Septum, während 78 durch Hypertrophie des Muschelgewebes bedingt waren.

Die Zahl der im Hospital seit seiner Gründung behandelten Patienten ist 7343 und die Gesammtsumme der gemachten Visiten 53,034, durchschnittlich also etwas mehr als 7 Visiten auf den Patienten.

Das in diesem Bericht beliebte System der Classification der Krankheiten ist überaus unbestimmt und sollte in Zukunft verbessert werden. LEFFERTS.

3) **Bobone. Aus dem laringo-rhinologischen Ambulatorium des Dr. O. Chiari in Wien. (Dall' ambulatorio laringo-rinologico del Dott. O. Chiari in Vienna.)** *Bollettino delle malattie dell' orecchio etc. No. 6. 1886.*

B. berichtet über einige in Chiari's Ambulatorium gemachte Beobachtungen, betreffend Chromsäureätzung bei Rhinitis hypertrophica, Milchsäure- und Jodoformbehandlung, einen Fall von Besserung der Basedow'schen Krankheit nach Aetzung der unteren Nasenmuscheln etc. KURZ.

4) **Aerztlicher Bericht des k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Wien vom Jahre 1885.** Wien, 1886. Selbstverlag der Anstalt.

Von 26,448 in Behandlung gestandenen Kranken waren nur 8 an Diphtheritis leidende, von denen nur 1 starb; dagegen waren 1923 Fälle von Tuberculosis pulmonum zu verzeichnen; von denen 98 gleichzeitig an Tuberculosis laryngis litten. Tuberculosis linguae kam 2 mal zur Beobachtung. Gutartige Geschwülste des Kehlkopfes kamen 7 mal (es ist dabei zu bemerken, dass die meisten derartigen Fälle ambulatorisch behandelt werden), Rhinoscleroma 3 mal, Papillom der Zunge 4 mal, Polypen der Nase 4 mal zur Aufnahme; Struma cystica und parenchymatosa wurde 42 mal, Carcinoma gland. thyreoideae 2 mal, linguae 23 mal pharyngis 5 mal, laryngis 7 mal, tonsillae 1 mal, oesophagi 22 mal, Corpus peregrinum oesophagi 3 mal, Intoxicatio durch Laugenessenz 30 mal (gestorben 4), durch Schwefelsäure 5 mal (gestorben 3), Croup 16 mal beobachtet. Von diesen 16 Croupkranken starben 5 nach Tracheotomie. In 42 Fällen von Stenosis laryngis war 19 mal Lues, 4 mal Chorditis vocal. hypertrophica, 3 mal Neoplasma, 2 mal Perichondritis und 1 mal Tuberculosis die Ursache. Stenosis tracheae (4 Fälle) war 2 mal durch Struma, 1 mal durch Narben, 1 mal durch Aneurysma arcus Aortae veranlasst. Im letzteren Falle liess sich die Stenosirung tracheoskopisch nachweisen; es wurde wegen Suffocationsanfall die Tracheotomie gemacht; 3 Tage nachher musste wegen neuerlichem Erstickungsanfall ein langes Kautschukrohr eingeführt werden und dasselbe liegen gelassen werden; 7 Tage später trat tödtliche Blutung aus dem Rohre auf. (Schrötter.)

Lupus laryngis kam 2 mal zur Beobachtung. (Kaposi).

Von den ausführlichen Krankengeschichten seien erwähnt:

1. Linksseitiger zweimannsfaustgrosser Parenchymkropf. Exstirpation mit Tracheotomie. Tod eine halbe Stunde nach der Operation unter Collaps.

2. Pomeranzengrosser Parenchymkropf. Totalexstirpation der Schilddrüse. Heilung. Die nach der Operation vorhandene Stimmlosigkeit behob sich, und bei Besserung der anfänglich bestehenden, fast vollständigen Lähmung der Stimmbänder erlangte die Stimme allmälig die Tonstärke wie vor der Operation. Die Spiegeluntersuchung ergab zuletzt fast freie Beweglichkeit des rechten Stimm-

23*





bandes, während das linke unbeweglich in der Cadaverstellung verharrte. (Spiegelbefunde nach Dr. O. Chiari.)

3. Ausgedehntes Zungencarcinom. Exstirpation nach vorausgegangener Durchtrennung des Unterkiefers. Es wurden dabei die ganze linke und ein grosser Theil der rechten Zungenhälfte entfernt und zwar dicht am Zungenbein und an der Epiglottis und ausserdem die linke Tonsille und ein Theil des Velums abgetragen. Am 2. Tage wurde Patient plötzlich, jedenfalls durch ventilartige Aspiration der ihres Haltes beraubten Epiglottis, vollkommen asphyctisch und musste tracheotomirt werden. Die Heilung erfolgte langsam aber völlig. 11 Monate nach der Operation war keine Recidive erfolgt.

4. Lymphosarcom des linken Oberkiefers mit Exulcerationen in der Mundhöhle. Exstirpation. Heilung.

5. Epitheliom der rechten Zungenhälfte. Exstirpation nach temporärer Resection des Unterkiefers. Tod nach 43 Tagen an Lungengangrän.

6. Fibröser Nasenrachenpolyp. Exstirpation in mehreren Sitzungen nach vorausgegangener Spaltung des weichen Gaumens und späterhin osteoplastische Resection des Oberkiefers. Staphylorraphie und Uranoplastik. Heilung. Der Tumor war auch in die Keilbeinhöhle vorgedrungen.

7. Linsengrosse Gaumenfistel in Folge von Lupus. Uranoplastik.

8. Schiefstand der Nase in Folge von Bruch des Septums. Geradrichtung nach Excision der vorspringenden Knorpelpartien.

9. Polypen in der linken Choane. Entfernung von der Nase aus, nach Extraction eines Stückes der linken unteren Muschel.

10. Gastrotomie wegen impermeabler carcinomatöser Oesophagusstrictur. Tod 25 Tage später an Cachexie.

Diese 10 Fälle stammen aus der Abtheilung des Professors Weinlechner.

CHIARI.

5) **Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung in Wien vom Jahre 1885.** **Wien, 1886. Selbstverlag der Anstalt.**

Im Ganzen wurden nahe an 9000 Kranke behandelt. Ohne auf diesen besonders in statistischer Hinsicht sehr sorgfältig gearbeiteten Bericht näher einzugehen, will ich nur einiges für unser Fach wichtiges hervorheben.

Diphtheritis wurde 10mal behandelt; alle Fälle wurden geheilt und zwar ohne Tracheotomie (ich muss hier gleich bemerken, dass keine Kinder aufgenommen werden). Angina tonsillaris kam 127mal vor und wurde 125mal geheilt, 2mal gebessert, Laryngitis crouposa wurde bei einem 17- und 50jährigen Weibe beobachtet; die letztere starb. Perichondritis thyreoidea wurde 2mal, Stenosis laryngis e lue 1mal, Stenosis tracheae 4mal behandelt, Sarcoma laryngis 1mal, Tuberculosis pulmonum 936mal, worunter 10 Fälle von gleichzeitiger Larynxtuberculose.

Von bemerkenswerthen Krankengeschichten seien erwähnt:

1. Struma substernalis mit consecutiver hochgradiger Compression der Trachea. Tracheotomie. Tod in Folge von Lungenentzündung. Die Section wies eine faustgrosse Cyste mit Blutgerinnseln gefüllt nach, welche vom linken Schilddrüsenlappen ausging. (Hofmokl.)

2. Carcinom des Oesophagus mit consecutiver Compression des linken Nervus recurrens. Tod. Der Spiegelbefund zeigte starkes Zurückbleiben des linken Stimmbandes beim Phoniren. (Teweles.)

3. Hühnereigrosser Abscess im linken Schläfelappen. Fehlen von Aphasie oder Worttaubheit. Durchbruch in den linken Seitenventrikel. Tod. (Mader.)

4. Embolische Erweichungsherde in der Rinde des linken Gyrus praecentralis, in der Furche zwischen diesem und dem Gyrus centralis anter. und des mittleren Theiles des letzteren. Geringere solche rechts. Dysarthritische Sprachstörung. Herzaneurysma. Milzabscess. Tod. (Mader.)

5. Dysphagie in Folge eines gestielten Aneurysmas, das zu perforativer Communication von Oesophagus und Trachea führt. Tod. Schlingbeschwerden und Husten mit purulentem Auswurfe. Das Aneurysma ging von der hinteren Wand der Aorta descendens ab und wurde im Leben nicht diagnosticirt. An der Theilungsstelle der Trachea bestand eine Communication zwischen Oesophagus und rechtem Bronchus. (Mader.)

6. Embolische Necrose der 3. linken Stirn- und Inselwindung. Keine Aphasie. Tod. (Mader.)

7. Rasch tödtende Blutung durch starke Arrosion zweier kleiner Arterien des Oesophagus. Tod. (Mader.) Zwei nussgrosse Ulcera bis zur Muscularis reichend nahe der Cardia; im Grunde der Geschwüre je eine kleine Arterie.

Tracheotomie wurde 5mal vorgenommen, und zwar 3mal bei Croup (1 Fall starb), 1 mal bei Tuberculosis lar. (gestorben) und 1 mal bei Struma (gestorben).

CHIARI.

6) **Aerztlicher Bericht des öffentlichen Bezirks-Krankenhauses in Sechshaus für das Jahr 1885.** Wien, Sechshaus, 1886. Selbstverlag des Krankenhauses.

Der allgemeine Theil enthält nicht viel für uns interessantes:

Von den 4037 in Behandlung stehenden Kranken litten 500 an Tuberculosis (492 in den Lungen); Tuberculosis des Kehlkopfes wurde nicht berücksichtigt. Croup und Diphtheritis wurden 25mal bei Kindern beobachtet; 13 genasen (4 Tracheotomien) und 12 starben (11 Tracheotomien).

Die von dem chirurgischen Primarius Dr. Franz Schopf gemachten Mittheilungen enthalten dagegen einige interessante Fälle:

1. Zwischen Schildknorpel und Zungenbein eine Schnittwunde, welche die Membrana hyothyreoidea durchtrennt. Naht. Heilung.

2. Im Rachen ein nussgrosser Schleimpolyp. Entfernt mit dem Drahtecraseur von Maisonneuve. Heilung.

3. Kehlkopfpolyp (bohnengross) unter der Glottis aufsitzend. Athemnoth. Tracheotomie. Laryngoskopie sehr schwierig. Daher Laryngofissio; Polyp weich, mit dem Fingernagel entfernt. Kehlkopfwunde heilt per priam. Canüle entfernt nach einem Monat. Stimme besser, aber noch tief, Athmung frei. Geheilt.

4. Zwei Tracheotomien wegen diffuser tiefer Halsphlegmone bei Erwachsenen (gestorben).

CHIARI.

7) Eder (Wien). **Aerztlicher Bericht der Privat-Heilanstalt von dem Jahre 1885.** Wien, 1886. Selbstverlag des Verfassers.

Es wurden beiläufig 300 Kranke verpflegt und 249 Operationen ausgeführt.

Von den Krankengeschichten, welche sehr sorgfältig geführt sind, wähle ich nur die auf unser Fach bezüglichen aus:

1. Melanosarcoma parotidis sin. Exstirpation. Heilung. (Billroth.)

2. Carcinoma labii infer. mit Uebergreifen auf den Unterkiefer. Exstirpation. Heilung. (Billroth.)

3. Carcinoma linguae lateris dextri. Exstirpation nach Ligatur der rechten Art. lingualis. Heilung unter klebender Jodoformgaze ohne Fieber. (Billroth.)

4. Struma cystica rechts von der Luftröhre. Billroth injicirte jeden 2. Tag eine Pravaz'sche Spritze von reiner Jodtinctur und erreichte dadurch in 2 Wochen eine leichte Verkleinerung der Cyste. Jedesmal folgte auf die Einspritzung Diarrhoë.

5. Melanosarcoma faucium. Recidiv nach Exstirpation vor einem Jahre. Es zeigte sich eine wallnussgrosse, höckerige, rothgelbe Geschwulst mit kurzem dickem Stiele, neben dem unteren Theile des rechten hinteren Gaumenbogens aufsitzend. Schling- und Athembeschwerden belästigen den Kranken sehr. Weinlechner bepinselte den Rachen mit 5procent. Cocaïnlösung und schnitt den Tumor mit der Hohlscheere ab. Die Blutung war sehr stark und wurde durch Eiswasser und Eisenchloridwolle gestillt. 3 Tage nachher traten Athembeschwerden ein; am 4. Tage verliess der Kranke auf Verlangen die Anstalt.

6. Corpus alienum in regione glandulae submaxillaris dextr. Eine vor 12 Jahren eingedrungene Revolverkugel wurde von Prof. Albert durch Schnitt entfernt.

7. Fistula colli. Durch Quetschung mittelst eines Seiles entstand eine Narbe vom Zungenbein bis zur Mitte des Schildkorpels; am unteren Theile der Narbe befindet sich eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung als Ausmündung eines in der Höhe des Zungenbeines blind endigenden Fistelganges. Albert exstirpirte den Fistelgang. Heilung per secundam int. CHIARI.

8) **Jahresbericht des St. Josef's-Kinderspitales für 1885** Wien, 1886. Selbstverlag der Anstalt.

Unter 748 Kindern, welche behandelt wurden, waren 73 an Diphtheritis erkrankt; davon starben 34, 36 genasen. 46 mal war blos Diphtheritis faucium vorhanden (6 starben), 3 mal blos Diphtheritis laryngis (alle starben), 25 mal Diphtheritis faucium et laryngis (nur 2 geheilt). 17 mal wurde tracheotomirt (nur einer geheilt).

Laryngitis crouposa kam 38 mal vor; 31 starben, 6 genasen. Von den 29 Tracheotomirten genasen nur 6.

1 Fall von Fremdkörper in der Trachea starb trotz Tracheotomie. CHIARI.

9) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Beitrag zur Beurtheilung der Häufigkeit von Ohrenkrankheiten unter den Schulkindern in Dänemark. (Bidrog til Bedömmelsen af fresygdommes Hyppighed blandt Skolebörn i Danmark.)** *Hospitals-Tidende. November 1886.*

In dieser Arbeit hat der Verf. auch die Häufigkeit von Nasen- und Schlundkrankheiten untersucht; die Resultate dieser Seite der Arbeit wird die Leser des Centralblattes vielleicht interessiren.

Die Untersuchungen umfassen 296 Knaben und 285 Mädchen zwischen 8 bis 14 Jahren.

Rhinitis chronica wurde 80mal bei Knaben und 63mal bei Mädchen beobachtet, also ungefähr 25 pCt. der Kinder waren afficirt.

Pharyngitis chronica: 83 Knaben, 55 Mädchen, also ca. 24 pCt.

Um die Hypertrophie des adenoiden Gewebes im Nasenrachenraum zu untersuchen, wurden alle Kinder digital explorirt, weil es nur dadurch möglich ist, eine genaue Idee von der Häufigkeit der Hypertrophie zu bekommen. In 107 Fällen war die Luschka'sche Tonsille mehr oder weniger hypertrophirt. Bei 28 Kindern (15 K. und 13 M.), ca. 5 pCt., wurden bedeutende Grade der Hypertrophie mit Obstructionssymptomen im Nasenrachenraum gefunden. In 79 Fällen (46 K. und 33 M.), ca. 13 pCt., konnten nur schwächere Grade von Hypertrophie des adenoiden Gewebes constatirt werden.

Tonsillitis hypertrophica kam bei 94 Kindern (33 K., 61 M.) vor.

AUTOREFERAT.

10) **Masius, Schiffers** und **Closson. Annalen der inneren Klinik der Lütticher Universität vom März 1877—Juni 1882. (Université de Liège. Annales de la Clinique Interne. Mars 1877—Juin 1882.)** Liège, 1886.

Der in unser Fach einschlagende Theil dieser fleissigen und interessanten Arbeit ist von Schiffers bearbeitet und von demselben auch schon zum grössten Theil einzeln anderweitig publicirt worden.

Die Mittheilungen betreffen Bemerkenswerthes aus dem Gebiete der Pathologie der Respirationsorgane, hauptsächlich des Larynx, des Digestionstractus, der Larynxsyphilis etc. Zum Schlusse wird noch über die interessanteren Fälle des poliklinischen Materials berichtet. BAYER.

11) **Schleicher** (Antwerpen). **Bemerkungen über die Krankheiten der Nase, des Halses und der Ohren. Studie nach seinem Kranken-Register vom October 1884. bis April 1886. (Remarques sur les Maladies du Nez, de la Gorge et des Oreilles Etude Empruntée à nos Registres de Malades Octobre 1884. Avril 1886.)** *Annales de la Société de Médecine D'Anvers. Sept. 1886.*

Die Studie bezweckt hauptsächlich eine Instruction des ärztlichen Publikums, das hier zu Lande in Bezug auf obengenannte Specialitäten im Allgemeinen nur äusserst geringe Kenntnisse besitzt und erreicht insofern auch vollkommen ihren Zweck. Wir wollen daher auch wissenschaftlich weiter keinen kritischen Massstab daran anlegen, und nur dem Autor empfehlen, sich etwas weniger mit fremden Federn zu schmücken. BAYER.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **C. C. Rice. Einige Bemerkungen zur Aetiologie und chirurgischen Behandlung des Schnupfens. (Some points in regard to the etiology and surgical treatment of colds in the head.)** *Quarterly Bulletin. Clin. Society Post Graduate School and Hospital. New-York, Mai 1886.*

R. empfiehlt Cocaïn und zwar wendet er es in der Weise an, dass er beide Nasenlöcher mit absorbirender Watte, welche mit dem Mittel (4 pCt.) gesättigt

ist, ausstopft und stündlich mit einem Tropfenzähler einige Tropfen einträufelt. Er geht jedoch hierin noch einen Schritt weiter, und empfiehlt, sowohl zur Heilung des bestehenden Schnupfens als auch zur Verhütung der gewöhnlich vorkommenden Recidive, die sorgfältige und verständige Anwendung des Galvanocauters. Die Ursachen, welche den acuten Anfall beseitigen, sind: 1. Der Gegenreiz. 2. Es werden einige Blutgefässe zerstört und dadurch die Congestion verringert. 3. Die Gewebe werden durch die Cauterisation abgetragen, die Nasenlöcher offen erhalten und eine Ansammlung des reizenden Secrets verhindert. 4. Der Charakter der Entzündung wird verändert, indem aus einer acuten, vielleicht infectiösen Coryza eine einfache Verbrennung wird. Gleichzeitig wird dadurch die Disposition zum „Schnupfen" sehr oft sicher getilgt. Wenn nämlich die geschwollene Schleimhaut und die erweiterten Gefässe zerstört sind, so kann die Nase durch einen leichten Reiz nicht verstopft werden, die Hyperämie wird nur eine geringe und die Secretion mässig sein. Was vor der Cauterisation eine schwere Aufgabe war, wird jetzt nur ein transitorischer subacutor Process sein.

Das Geheimniss des Erfolges, meint der Autor, liegt darin, dass man das Cocaïn gewissenhaft und den Galvanocauter mit Sorgfalt anwendet. LEFFERTS.

13) **G. Genex. Eine Formel für den Schnupfen. (A formula for coryza.)** *Maryland Med. Journal. 9. Oct. 1886.*

Wismuth mit Acacia, als Schnupfpulver zu gebrauchen. LEFFERTS.

14) **A. G. Hobbs. Rationelle Behandlung des Nasencatarrhs. (The rational treatment of nasal catarrh.)** *Southern Med. Record. 20. Sept. 1886.*

Nachdem der Autor die Nothwendigkeit einer vorhergehenden Untersuchung betont und die Behandlung mit Douchen, Spritzen etc. verurtheilt hat, empfiehlt er den Spray mit warmem, mit Adstringentien versetztem Vaselin, von vorn und von hinten applicirt, ferner Resolventien und Alterantien. In der Mehrzahl der Fälle ist eine innere Behandlung nicht nöthig. LEFFERTS.

15) **Habermann (Prag). Zur pathologischen Anatomie der Ozaena simplex s. vera.** *Zeitschrift für Heilkunde. Bd. VII. Prag, 1886.*

H. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen: „Das Wesen der Ozaena simplex besteht also nach meinen Untersuchungen in einer fettigen Degeneration der Drüsenepithelien und zwar nicht blos der Bowman-schen, sondern auch der acinösen Drüsen der Nasenschleimhaut und weiterhin wahrscheinlich auch der entzündlich infiltrirten Schleimhaut, während ich die Umwandlung der Schleimhaut in ein faseriges Bindegewebe und die Schrumpfung desselben erst als Folge dieser Erkrankung, als Folge der Reaktion des gesunden Gewebes gegen die Erkrankung ansehen möchte."

H. stützt sich auf die histologische Untersuchung zweier Ozaenafälle, bei denen noch keine Erweiterung der Nasenhöhle bestand, weil die Atrophie der Nasenmuscheln noch nicht hochgradig entwickelt war; bei dem einen 18jährigen Kranken hatte sich der üble Geruch aus der Nase seit einem halben Jahre eingestellt, bei dem anderen 24jährigen konnte keine diesbezügliche Anamnese aufgenommen werden. H. fand in beiden Fällen die oben erwähnten Veränderungen

in den Drüsen, konnte sie aber bei anderen Nasenkrankheiten, so namentlich bei dem hypertrophischen Nasenkatarrh, nie nachweisen, so dass er diese Fettanhäufung in den Drüsenepithelien als charakteristisch für die Ozaena simplex ansieht. Als Ursache derselben kann er nicht mit Krause die Compression der Gefässe annehmen, sondern muss eher an ein Agens denken, welches von der Oberfläche her allmälig immer tiefer auf die Drüsenbestandtheile einwirkte, weil sich Drüsen fanden, deren Ausführungsgang und oberflächliche Acini erkrankt, deren tiefere aber normal waren. Mikroorganismen, welche er sonst immer im Ozaenasecret finden konnte, im erkrankten Gewebe nachzuweisen, war er nie im Stande.

H. glaubt ferner, dass der Ozaena nicht immer ein hypertrophischer Catarrh vorhergehen müsse, und ist deswegen für den Namen Ozaena simplex, weil auch die histologische Beschaffenheit der Schleimhaut bei hypertrophischem Catarrh wesentlich verschieden ist von der Beschaffenheit derselben bei Ozaena selbst bei noch geringer Atrophie. Endlich führt er an, dass bei Ozaena simplex die Sattelnase fehlen kann, selbst wenn sie noch im kindlichen Alter auftrat. 4 lithographische Abbildungen erhöhen den Werth dieser fleissigen Arbeit. CHIARI.

16) **Malacrida. Ueber den Gebrauch des Terpenthinöls bei der scrophulösen Ozaena. (Dell' uso dell' olio essenziale di trementina nell' ozena degli scrofolosi.)** *Gazetta degli ospitali. Marzo 1886.*

M. wandte in einem schon geraume Zeit erfolglos behandelten Fall das Ol. terebinth. an, indem er einige Tropfen desselben auf Watte in die Nase einführte. Nach einer Woche will er vollständige Heilung erzielt haben. In weiteren 5 Fällen war das Mittel von gleichem Erfolg, spätestens nach einem Monat trat Heilung ein. KURZ.

17) **S. Antonelli. Sublimat bei ulceröser Rhinitis. (Il sublimato corrosivo nella rinite ulcerativa.)** *Bolletino per le malattie dell' orecchio etc. No. 5. 1886.*

In einem Fall von catarrhalischen Geschwürchen der Nasenschleimhaut erzielte A. Heilung durch fünfmalige Application von Sublimat, 1 Centigramm auf 10 Gramm Vaselin. KURZ.

18) **P. Heymann. Ueber Nasenpolypen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 32 und No. 33. 1886.*

Die Gesellschaft für Heilkunde veranstaltet alljährlich eine Reihe von Vorträgen, die orientirende Referate über bestimmte Gebiete der Medicin geben. H. hielt einen solchen Vortrag über Nasenpolypen. So fleissig und verdienstvoll die Arbeit auch ist, so enthält sie für den Specialisten wenig Neues. H. notirte unter 2000 Nasenkranken 297 mal Polypen, darunter einmal bei einem 16 Monate alten Knaben. In einer ganzen Anzahl waren sie erblich. Ein Vater mit Polypen hatte 4 Kinder, sämmtlich mit Nasenpolypen. Von den Kindern war nur ein Sohn verheirathet. Er hatte 6 Kinder, darunter 3 mit Polypen. In einem Falle sah H. unter seinen Augen innerhalb 14 Tagen in einer bis dahin freien Nase einen bohnengrossen Polypen entstehen. Einmal sah er eine taubeneigrosse Cyste in einem Polypen. Am Septum beobachtete er 7 mal Polypen. Sein ältester Patient war 87 Jahre alt. Er operirt meist mit der kalten Schlinge, in die er einen weichen, sehr resistenten Eisendraht, den sogenannten Blumendraht, zieht.

Ref. begnügt sich mit diesen wenigen Andeutungen und der Empfehlung des Heymann'schen Aufsatzes zur Lectüre. B. FRAENKEL.

19) **Michelson** (Königsberg). **Beseitigung von asthmatischen Zuständen durch Nasenpolypenoperation.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 23. S. 554. 1886.*

Im Königsberger Verein berichtet M. über zwei weitere Heilungen von Asthma durch Nasenpolypenoperation. 1. Bei einem 50jährigen Maschinisten, der seit 1881 Asthma hat, wurden 1884 obstruirende Nasenpolypen ausgerottet: seitdem Heilung. Patient hat ausserdem Jodkali gebraucht. 2. Bei einer 50 Jahre alten Hebamme durch Ausrottung eines flottirenden Polypen, ohne dass Nasenstenose vorhanden gewesen war. Patientin war früher mit der Zange operirt worden und trug eine Verstümmelung der mittleren Muschel als Erinnerung an diese Operation.

In der angeknüpften Discussion wendet sich Schreiber gegen Hack, gegen dessen Theorie der Erfolg in dem dem Redner bekannten ersten Falle spräche. B. FRAENKEL.

20) **Labus** (Mailand). **Zur Erleichterung der Abtragung von Nasenpolypen. (Per agevolare l'asportazione dei polipi mucosi nasali.)** *Gazetta degli ospitali. No. 3. 1886.*

L. empfiehlt den Lesern der Gazetta degli Ospitali gegenüber dem noch fast ausschliesslich geübten rohen Herausreissen der Nasenpolypen das moderne rhinologische Verfahren.

Er bevorzugt das Fränkel'sche Speculum, als Schlingenträger die einfache Röhre mit Stahldraht und den Störk'schen Handgriff. Zur Fixirung des Polypen gebraucht er eine Pincette, die denselben gefasst hält, während die Schlinge über sie zu dem Polypen geführt wird. KURZ.

21) **Wm. C. Jarvis. Ein neuer Nadelhalter zur Erleichterung der Durchstechung der Muschelgewebe. (A novel needle-director to facilitate transfixion of the turbinated tissues.)** *New-York Med. Monthly. Nov. 1886.*

Dieses ingeniöse kleine Instrument wird, wie es beansprucht, die Operation der Durchstechung erleichtern. Nachdem das Nasenloch erweitert worden ist, wird die Spitze des Nadelträgers sorgfältig eingeführt und zwar mit seinem grösseren Durchmesser parallel zu dem senkrechten Theil des Septums. In dieser Stellung tritt die konische Spitze leicht durch das verengte Nasenloch und, indem sie den hinteren freien Rand der Muschelschwellung erreicht, wird sie leicht hinter die Verschlussstelle rotirt. Es ist nun klar, dass, wenn man das Instrument vorwärts zieht, der Haken an der Spitze des Trägers sich in das ihm entgegenstehende Gewebe einbetten wird. Nachdem aber der hintere Rand des hypertrophischen Muschelgewebes eingehakt ist, wird die vorher zurückgezogene Nadel einfach möglichst weit vorwärts gestossen. Der Draht des Ecraseurs wird nunmehr um die Transfixionsnadel herumgeführt und die Schleife, Spitze und Oehr in der gewöhnlichen Weise festgezogen. LEFFERTS.

22) **P. Heymann** (Berlin). **Ueber Correction der Nasenscheidewand.** Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft. *Berl. klin. Wochenschr. No. 20. S. 329. 1886.*

Bei 250 der Reihe nach darauf untersuchten Nasenkranken fand H. nur 9 mit geradestehender Nasenscheidewand, bei 241 dagegen Verdickungen oder Verbiegungen, in den meisten Fällen beides. Die pathologische Bedeutung der Abweichungen des Septums erkennt H. 1) in der verursachten Stenose und deren Folgen, 2) in nervösen Reflexkrankheiten, wie letzteres schon Rupprecht 1867 beschrieben habe. H. heilte durch Abtragung von Verdickungen des Septums zweimal Asthma, einmal eine Trigeminusneuralgie und einmal Paraesthesie des Rachens.' Die anatomisch geringeren Fälle blieben meistens ohne jede Behandlung. H. erwähnt einen Fall, der einen Privatdocenten betraf, welcher durch seinen Schnupfen an seiner Lehrthätigkeit verhindert wurde, und der eine geraume Zeit vergeblich behandelt worden war, bis ihn H. durch Abtragung einer spitzen Verdickung am hinteren Ende der knorpeligen Scheidewand heilte. Die Abweichungen des Septums fänden sich meistens in dem knorpeligen Theile desselben, die Choanen blieben meistens frei. Zur Entfernung der Abweichungen des Septums bedient sich H. der Meissel, wie sie in jedem Eisenladen für Holzbildhauer feilgehalten werden. Er verdünnt damit auch die unteren seitlichen Deviationen, bevor er sie fracturirt und geraderichtet. Will man die Schleimhaut erhalten, so wird zunächst der Schleimhautlappen abpräparirt. Es sei dies jedoch unnöthig, da die gemachten Wunden sich wieder überhäuteten. Zur Abtragung mittelst des Meissels bedürfe man gewöhnlich nur des Druckes der Hand, selten leichter Hammerschläge. Besonders müsse der untere Rand vollständig entfernt werden. Das abgetragene Stück entfernt H. mit einer Pincette oder einer Zange. In seinen ersten 23 Fällen hat H. keine Antiseptik angewandt. Da er aber einmal Nachtheil davon zu sehen glaubte, tamponirt er jetzt mit Jodoformwatte und stäubt später reichlich Borsäure ein und hat so jetzt gegen 40 weitere Fälle ohne üblen Zwischenfall geheilt. Früher verwendete er zuweilen die Chloroformnarcose, jetzt begnügt er sich mit Cocaïnisiren. Die Operation ist indicirt überall, wo von solchen Veränderungen des Septums ein pathologischer Effect nachweisbar ist.

In der an diesen Vortrag geknüpften Discussion (Berliner klin. Wochenschr. No. 21, S. 348, 1886) erwähnt Hartmann seine früheren Arbeiten über den Gegenstand. Er findet die Indication für die Operation jedoch erheblich seltener als Heymann. Einmal wurde das Bild der Vorwölbung des Septums durch einen mit knorpeliger Wand versehenen Hohlraum veranlasst. Böcker beschreibt ein Operationsverfahren, um verbogene Septa gerade zu richten. Er benutzt dazu ein Instrument, welches nach Art der geburtshülflichen Zangen auseinander zu nehmen ist. Es besteht in seinem einen Theile aus einer etwa $^2/_3$ Ctm. breiten, $1^1/_2$ Ctm. langen Platte, welche mit einem Längsausschnitt versehen ist. In diesen hinein passt ein Messer, welches das Ende der anderen Branche des Instruments bildet. Zuerst wird die Platte mit leichtem Druck in das enge Nasenloch eingeführt, dann das Messer in die weite Nasenhöhle eingeführt und beide Branchen im Schloss vereinigt. Nun wird das Septum zunächst unten von binten nach vorn durchschnitten, dann ein zweiter Schnitt am Rücken der Nasenscheide-

wand etablirt, selten ist ein dritter von oben nach unten gehender Schnitt erforderlich. Zur Geraderichtung des Septums bedient sich B. der Bruns'schen Knochenzange oder seines Fingers. Darauf wird ein Jodoformwattetampon 2 bis 3 Tage lang eingelegt, was zuweilen wiederholt werden muss, um das Septum in seiner corrigirten Lage zu erhalten. Schötz verwendet Hohlmeissel, die im stumpfen Winkel nach allen Richtungen hin drehbar am Handgriff befestigt sind. Um die Unbequemlichkeit, die die Entfernung des hinteren Endes des Lappens bedingt, zu vermeiden, benutzt er von rückwärts nach vorn schneidende Meissel und hat beide Meissel, den von hinten und den von vorn schneidenden, zu einem gleichzeitig wirkenden Instrument verbunden.

B. Fränkel betont den Unterschied zwischen Verbiegung des Septum und darauf befindlicher Leiste, von welcher er in der nächsten Sitzung ein anatomisches Präparat demonstrirt. (Abgebildet in der Berliner klin. Wochenschrift, No. 24, S. 398.) Heymann erwähnt schliesslich, dass er ebenso wie Hartmann eine die Nasengänge obstruirende knorpelige Masse entfernt habe, die in ihrem Inneren seröse Flüssigkeit barg. B. FRAENKEL.

23) A. Löwy (Berlin). **Ueber Verkrümmungen der Nasenscheidewand.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 47. S. 816. 1886.*

Die Verkrümmungen der Nasenscheidewand könnten nicht, wie Baumgarten dies annehme, von dem Druck sich entwickelnder oder wachsender Schwellkörper veranlasst werden, da, abgesehen von den traumatischen Krümmungen, 1) bis an das Septum reichende Muskelschwellungen sich ohne Deviationen desselben fänden und 2) Verbiegungen vorkämen, ohne dass Muschelschwellungen vorhanden gewesen wären. Auch käme es bei doppelseitigen Schwellungen der Muscheln niemals zu Atrophie des Septum. Zu erklären blieben Fälle, in denen Muschelschwellungen und Septumverbiegung sich combiniren und die Schwellung eine chronische sei. Viele Fälle von Septumverbiegung hingen von der Rachitis ab. Diese erkläre auch die eigenthümliche Verbiegung des Gaumens, die bisher nur als Complication der adenoiden Vegetationen beschrieben, sich auch bei Septumdeviation finde. Es handele sich um starke Wölbung des Gaumens, Schmalheit desselben und Vorspringen des medialen Theiles des Alveolarfortsatzes. Verf. hat diese Verhältnisse noch deutlicher dargestellt, indem er vom Gaumen mittelst Abdrucklöffels und Stentz'scher Abdruckmasse, wie dies die Zahnärzte zum Zwecke der Herstellung von Gebissen thun, Abdrücke anfertigte. Verf. sah Septumverbiegung einmal schon bei einem 4jährigen und häufiger bei 6jährigen Kindern. Sein Material entstammt der B. Baginsky'schen Poliklinik. B. FRAENKEL.

24) A. Claverie. **Studie über die primären malignen Tumoren der Nasenhöhle. (Etude sur les tumeurs malignes primitives des fosses nasales.)** *Thèse Bordeaux. 1886.*

Der erste Paragraph behandelt die Geschichte des Gegenstandes. Im zweiten Paragraph werden die Charaktere des Sarcoms, Carcinoms und des Epithelioms vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus erläutert. Der dritte Abschnitt bespricht die Aetiologie und hier wird hingewiesen, dass vielleicht ein Trauma,

...bogen gesehen und gefühlt
...ischen den Testikeln und
...sglaube ist (vgl. des Ref.
... seinem Bericht über das
...homas's Hosp. Reports",
... und discutirte die Gründe,
...hienen. Es muss in Betreff

... Redner: der Präsident
...n Haward, Dr. Hingston
Existenz eines derartigen Zu-
...ierenten, dass ein solcher Zu-
... speciell zwischen den Hoden und
... adenoiden Geweben überhaupt
...natrophie des letzteren zur Puber-
...nden Vegetationen — zu ergeben
...s der folgenden Redner, doch wollte
...mphatischer Gewebe und somit auch
...iode als solche, als vielmehr darauf
Leucocytenbildner seien, und dass,
...der Pubertät ein vermindertes sei, auch die
sich zurückbildeten, oder wenigstens nicht

SEMON.

...e **Functionen der Mandeln. (The functions**
... *and physiology. Juli 1886.*

...llen zwischen den einzelnen Mahlzeiten von
...ile wieder aufsaugen, die sonst vernichtet
Bestandtheile zur Bildung der weissen Blut-

A. E. GARROD.

...gina **lacunaris und diphtherica.** *Berliner klinische*
... *1886.*

...unaris sive follicularis zu den Infectionskrankheiten,
Erscheinung wegen. (Initialer Schüttelfrost, hohes
...auf der Curve und kritischem Abfall, Milztumor, nach-
... Kräfte.) Der Einwand, den er sich früher gegen diese
...be, dass die A. nach einmaligem Befallenwerden des
...ene Disposition zu neuen Erkrankungen hinterlasse, könne
...acht erhalten werden, nachdem wir unzweifelhafte Infections-
..., von denen dasselbe ausgesagt werden kann, z. B. das
...lenkrheumatismus, die Pneumonie. Die Verbreitung der A.,
...ausepidemien, in denen ein Familienmitglied nach dem anderen
...Thatsache, für welche Fr. neue Beispiele anführt — haben Fr.
... anzunehmen, dass die A. ein Contagium bilden und so von
... anderen übertragen werden könne. Zur Entscheidung

halbkreuzergrossen von polypös gewucherten Rändern umgebenen Substanzverlust der Schleimhaut, durch welchen ein mit Zahnstein bedeckter Zahn in die Nase vorragte. Die Krone sah nach oben. Ausserdem bestanden noch Anomalien an den anderen Zähnen; einige fehlten ganz, einige waren nur rudimentär entwickelt einige standen schief. CHIARI.

29) **Thomas H. Hendley** (Jeypore). **Nasenstein. (Nasal calculus.)** *Brit. Med. Journal. 11. Dec. 1886.*

Der Nasenstein fand sich bei einem 65jährigen Mann, dessen Nase sehr geschwollen war. An der linken Seite der Nase bestand eine Höhle, aus der sich viel Eiter ergoss. Auf dem Boden dieser Höhle konnte man mit der Sonde eine harte Substanz fühlen. Nachdem man die Nase linkerseits von ihren Befestigungen gelöst hatte, wurde ein grosser Nasenstein im Gewicht von 36 Grm. extrahirt. Der Stein war an beiden Seiten genau nach dem Dach der Nasenhöhle geformt. Patient machte eine gute Heilung durch.

Der Stein mass 6 zu 3 Ctm. und hatte das Aussehen und beim Schneiden fast die Consistenz von Elfenbein. A. E. GARROD.

30) **Voltolini. Einiges über Parasiten im Ohre und der Nase des Menschen und der höheren Säugethiere.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 8 u. 9. 1886.*

Der die Parasiten der Nase betreffende Theil der Arbeit ist vorwiegend geschichtlicher Natur; nach Joseph wäre J. A. Wohlfahrt der erste exacte Forscher und Schriftsteller gewesen, der eine Myiasis der Nase beschrieb. Es seien nur die Larven der in Europa nur im Freien lebenden Sarcophila Wohlfahrti und in America der unter gleichen Bedingungen lebenden Compsomyia macellaria gewesen, die man in der Nase fände und keine Ostruslarven, auch nicht Maden der Gattungen Sarcophaga, Calliphora, Lucilia. In einem von Joseph mitgetheilten Falle hatte die Infection eines schon vorher an Ozaena und Caries leidenden Mädchens auf der Rückfahrt von einer Consultation stattgefunden, so dass der consultirte Arzt in Verdacht kam, die tödlich abgelaufene Erkrankung verschuldet zu haben; die Section ergab ausser colossalen Zerstörungen der Nase und ihrer Umgebung die Anwesenheit zahlreicher Larven. Auch an anderen Körpertheilen, z. B. an der Schamgegend, können Dasselbeulen entstehen, welche mit Syphilis etc. verwechselt werden, wofür Joseph gleichfalls einen Fall anführt. SCHECH.

## c. Mundrachenhöhle.

31) **Pearce Gould** (London). **Ein Fall von mangelnder Entwicklung der Geschlechtsorgane einhergehend mit congenitaler Kleinheit der Tonsillen. (A case of undeveloped sexual organs associated with congenital defect of the tonsils.)** Vortrag, gehalten vor der Clinical Society of London am 8. October 1886. *Brit. Med. Journal. 16. October 1886.*

Es handelte sich um einen 27jährigen, grossen, bartlosen Mann mit Knabenstimme, kleinem Penis, kleinen Hoden, kleiner Prostata, der keine geschlechtlichen Bedürfnisse und nur gelegentlich leichten Priapismus hatte. Nur sehr

kleine Tonsillen konnten zwischen den engen Gaumenbögen gesehen und gefühlt werden. Der Vortragende warf die Frage auf, ob zwischen den Testikeln und den Tonsillen, wie dies in England allgemeiner Volksglaube ist (vgl. des Ref. Artikel: Indications etc. for removal of the tonsils, in seinem Bericht über das Halsdepartement des St. Thomas-Hospitals. „St. Thomas's Hosp. Reports", Vol. XIII., 1885) ein Zusammenhang bestehe oder nicht, und discutirte die Gründe, welche für und gegen diese Ansicht zu sprechen schienen. Es muss in Betreff derselben auf das Original verwiesen werden.

In der Discussion sprachen sich sämmtliche Redner: der Präsident (Mr. Bryant), der Referent, Mr. Warrington Haward, Dr. Hingston Fox und Mr. Pierce Gould selbst gegen die Existenz eines derartigen Zusammenhanges aus. Die Bemerkung des Referenten, dass ein solcher Zusammenhang, wenn er überhaupt bestehe, nicht speciell zwischen den Hoden und den Tonsillen, sondern zwischen ersteren und adenoiden Geweben überhaupt existire, wie sich dies aus der häufigen Spontanatrophie des letzteren zur Pubertätsperiode — man denke nur an die adenoiden Vegetationen — zu ergeben scheine, fand allgemeine Unterstützung seitens der folgenden Redner, doch wollte Dr. Hingston Fox die Spontanatrophie lymphatischer Gewebe und somit auch der Tonsillen weniger auf die Pubertätsperiode als solche, als vielmehr darauf beziehen, dass die lymphatischen Organe Leucocytenbildner seien, und dass, da das Bedürfniss nach solchen nach der Pubertät ein vermindertes sei, auch die generativen Organe derselben entweder sich zurückbildeten, oder wenigstens nicht weiter wüchsen. SEMON.

32) **R. Hingston Fox** (London). **Die Functionen der Mandeln. (The functions of the tonsils.)** *Journal of anatomy and physiology. Juli 1886.*

T. behauptet, dass die Tonsillen zwischen den einzelnen Mahlzeiten von dem Speichel gewisse Bestandtheile wieder aufsaugen, die sonst vernichtet werden würden, und dass diese Bestandtheile zur Bildung der weissen Blutkörperchen dienen. A. E. GARROD.

33) **B. Fränkel** (Berlin). **Angina lacunaris und diphtherica.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. 17 u. 18. 1886.*

Fr. zählt die Angina lacunaris sive follicularis zu den Infectionskrankheiten, und zwar ihrer klinischen Erscheinung wegen. (Initialer Schüttelfrost, hohes Fieber mit cyklischem Verlauf der Curve und kritischem Abfall, Milztumor, nachfolgende Prostration der Kräfte.) Der Einwand, den er sich früher gegen diese Auffassung gemacht habe, dass die A. nach einmaligem Befallenwerden des Patienten eine erworbene Disposition zu neuen Erkrankungen hinterlasse, könne jetzt nicht mehr aufrecht erhalten werden, nachdem wir unzweifelhafte Infectionskrankheiten kennen, von denen dasselbe ausgesagt werden kann. z. B. das Erysipelas, der Gelenkrheumatismus, die Pneumonie. Die Verbreitung der A., insonderheit die Hausepidemien, in denen ein Familienmitglied nach dem anderen erkrankt, — eine Thatsache, für welche Fr. neue Beispiele anführt — haben Fr. überdies bestimmt, anzunehmen, dass die A. ein Contagium bilden und so von einem Menschen auf den anderen übertragen werden könne. Zur Entscheidung

der Frage dürfe man nur typische Formen in Rechnung ziehen. Fr. schildert darauf die Entstehung des Secrets in den Lacunen, sein tropfenweises Vorquellen aus den Oeffnungen desselben und das Confluiren der Tropfen an der Oberfläche und illustrirt die Schilderung durch zwei Abbildungen. Die Bemühungen Fr.'s, den Infectionsträger zu isoliren, sind bisher nicht zu einem Abschluss gekommen. Deckglas-Präparate des A.-Secrets zeigen eine sehr grosse Menge von Mikroorganismen, die sich leicht mit Anilinfarben, und nur zum geringen Theil mit Jod färben. Sie gehören meist der Gattung Mikrokokkus, insonderheit den Staphylokokken an. Macht man mit dem Secret Gelatine-Platten-Culturen, so sieht man darin eine Unzahl Keime aufgehen. Es gelingt leicht, daraus drei Species zu isoliren, die zweifellos die Hauptmasse der in Gelatine wachsenden Organismen darstellen. Eine derselben verflüssigt die Gelatine nicht. Die Rein-Cultur ergiebt einen Mikrokokkus von mittlerer Dicke, der häufig als Diplokokkus erscheint. Die zwei anderen Arten verflüssigen die Gelatine. Auf Agar-Agar übertragen, giebt die eine eine weisse, die andere eine gelbe Cultur, die Rosenbach's Staphylokokkus pyogenes albus und aureus durchaus gleichen. Auch die mikroscopische Erscheinung der Kokken stimmt mit der entsprechenden Beschreibung Rosenbach's überein. Entsprechende Untersuchungen der Mikroorganismen des gesunden Pharynx haben nun gezeigt, dass die erstere Art, welche die Gelatine nicht verflüssigt, sowohl, wie beide Arten des verflüssigenden Mikrokokkus auch den gesunden Pharynx bewohnen. Sie lassen sich darin ziemlich constant nachweisen. Mit dem Aureus des gesunden Pharynx angestellte Impfversuche haben gezeigt, dass derselbe für Kaninchen pathogen ist. Fr. glaubt, dass unter den von ihm gezüchteten Pilzen der specifische Infectionsträger der A. nicht sei und die Untersuchungen fortgesetzt werden müssten. Fr. nimmt an, dass Erkältung, die auch Angina hervorrufen könne, die Stelle des Trauma bei der experimentellen Erzeugung der Osteomyelitis einnehme. Die Erkältung ruft die Gewebsveränderungen hervor, die nöthig sind, um dem betreffenden Pilz die Pforten unseres Körpers zu erschliessen. Für dieses Verhältniss führt er klinische Beispiele an. Was das Verhältniss der A. l. zur Diphtherie anlange, so unterscheidet Fr. anatomisch drei Formen dieser Infectionskrankheit: 1) die Necrose, 2) Pseudomembranen, 3) Catarrhe. Letztere Form lasse sich anatomisch nicht von der Angina lacunaris unterscheiden. Auch gäbe es Fälle, in denen die Diphtherie im Beginn 1—2 Tage lang das Bild der A. l. zeige, um später deutliche Pharynxdiphtherie zu bilden. Ja, es gäbe Fälle, in denen im Pharynx sich nur das Bild der A. l. ausbilde, während im Kehlkopf Pseudomembranen etc. getroffen würden. Fr. stützt sich hierbei auf eigene Beobachtungen, die er mittheilt, und Fälle von E. Wagner. Trotz dieser Berührungspunkte müsse die A. l. als von der Diphtherie getrennte Affection aufrecht erhalten werden, ebenso wie Diarrhoe neben Cholera-Diarrhoe, und zwar schon der Menge der Fälle von A. l. wegen. Auch träten Unterschiede im Verlauf hervor. Peritonsilläre Abscesse und Herpes seien häufig bei A. l., fehlten bei Diphtherie, während Velumparalyse als Nachkrankheit nur sehr selten bei einfacher Angina sei. Auf unser practisches Handeln müssten diese Betrachtungen den Einfluss haben, dass, wenn wir auch nicht annehmen wollten, die Diphtherie werde durch ambulatorische Erwachsene

mit Angina lacunaris verbreitet, wir doch für eine strengere Isolirung der Fälle von A. l. sorgen müssten. AUTOREFERAT.

34) **J. M. G. Carter. Ein Bericht über 200 Fälle von Tonsillitis. (A report embodying 200 cases of tonsillitis.)** *Southern Medical Record. 20. August 1886.*

Der Verf. gruppirt die 200 Fälle, ohne sie zu classificiren, in einfache, diphtherische und scarlatinöse Tonsillitis; erwähnt jedoch das Factum, dass Fälle von einfacher Tonsillitis oft von Anfällen von Diphtherie oder Scharlach unter den Familienmitgliedern begleitet oder gefolgt sind. Er ist der Ansicht, dass die von ihm berichtete Epidemie durch feuchte Nordostwinde bedingt war, welche sehr ozonreich waren und eine ungewöhnliche Störung der electrischen Zustände der Atmosphäre hervorbrachten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **F. P. Atkinson** (Surbiton). **Die Beziehung der Tonsillitis zum Scharlach und Diphtherie. (The relation of tonsillitis to scarlatina and diphtheria.)** *Lancet. 4. September 1886.*

35a) **Hingston Fox** (London). **Desgleichen.** *Lancet. 25. September 1886.*

Controversen theoretischen Charakters. A. E. GARROD.

36) **A. Jacobi. Folliculäre Mandelentzündung. (Follicular amygdalitis.)** *N.-Y. Med. Record. 27. November 1886.*

In der genannten, geschickt und interessant geschriebenen Arbeit legt J. den Hauptwerth darauf, das Verhältniss der folliculären Mandelentzündung zur Tonsillar- und allgemeinen Diphtherie festzustellen. Er ist nicht der Ansicht, dass Erwachsene mit einer folliculären Mandelentzündung die Diphtherie verbreiten können. Was nämlich in den berichteten Fällen mit diesem Namen belegt wird und zur Entstehung von Diphtherie Anlass giebt, ist eben Diphtherie und deshalb erzeugt es auch Diphtherie. Es ist aber weder jeder Fall von folliculärer Amygdalitis Diphtherie, noch wird Diphtherie im Allgemeinen durch eine folliculäre oder lacunäre Amygdalitis verbreitet.

Ferner meint er, dass der Name folliculäre oder lacunäre Amygdalitis nur ein Nothbehelf für den Mangel einer correcten oder vollständigen Diagnose sei. Es giebt Fälle von folliculärer Amygdalitis catarrhalischen, purulenten, fibrinösen und diphtheritischen Charakters. Es sollte daher dieser Name ganz aus unserer Nomenclatur gestrichen werden, da er zu Missverständnissen Anlass giebt, wenn man nicht ein erklärendes Adjectiv hinzufügt. LEFFERTS.

37) **Valero y Jiménez** (Quintanar del Rey) **Chronische parenchymatöse Angina. Galvanocaustische Behandlung. Heilung. (Angina parenquimatosa cronica. Tratamiento por el termo-cauterio. Curacion.)** *Memorias de la Sociedad espanola de laringologia etc. 2. Secion. Barcelona, 1886.*

Beobachtung bei einem 9jährigen Knaben, dessen Eltern nicht erlaubten, dass die Mandeln exstirpirt werden dürften, trotz der bedeutenden Grösse derselben, und der Erschwerung der Respiration und des Schluckaktes.

5 oder 6 Cauterisationen mit dem Glüheisen je in eine der Drüsen genügten, um in einigen Tagen die Drüsen zur Normalen zurückzuführen. KISPERT.

38) Dubousquet et **Laborderie. Ueber infectiöse Tonsillitiden. (Des amygdalites infectieuses.)** *Congrès pour l'avancement des sciences. Nancy, 1886.*

Schon früher publicirt worden (siehe Centralblatt Jahrg. III, No. 4, S. 132).

E. J. MOURE.

39) Bougarel. **Ueber die Ovariitis tonsillaris. (De l'ovarite amygdalienne.)** *France méd. 7. September 1886.*

B. bringt eine Beobachtung zur Stütze der jüngst. von Joal vertretenen Ansicht, dass Entzündungen der Ovarien oder der Testikel im Gefolge von Tonsillitis vorkommen.

Der Fall betraf eine 24jährige neuropathische Frau, die nach einer Verkühlung sich eine Tonsillitis zugezogen hatte. In der Reconvalescenzzeit traten hysterieartige Krisen auf mit Schmerzen in der Gegend der Ovarien, die nach 10 Tagen völlig verschwanden.

E. J. MOURE.

40) H. W. G. Mackenzie (London). **Ein Fall von acuter Tonsillitis bei einem Patienten mit tertiärer Syphilis im Pharynx. (On a case of acute tonsillitis in a subject of tertiary-syphilis of the pharynx.)** *The Lancet. 2. October 1886.*

M. bringt aus Semon's Klinik einen interessanten Fall von acuter Tonsillitis bei einer Patientin, welche an syphilitischer Pharynxstenose litt, und bei welcher das Velum überall Adhäsionen mit der hinteren Wand des Pharynx gebildet hatte mit Ausnahme einer kleinen Stelle rechts von der Mittellinie, wo eine sondengrosse Oeffnung nach dem Nasenrachenraum hinaufführte. Das Aussehen des Schlundes war so eigenthümlich, dass man erst die Diagnose stellen konnte, nachdem man den Fall einige Zeit beobachtet hatte. Das Aussehen liess entweder auf eine maligne Neubildung oder eine gummöse Infiltration schliessen.

A. E. GARROD.

41) Downie (Glasgow). **Hämorrhagie nach einer Tonsillotomie. (Hemorrhage following tonsillotomy.)** *Edinburgh Medical Journal. August 1886.*

Eine interessante Beschreibung eines Falles, bei dem eine beunruhigende Blutung aus dem unteren Theil der Schnittfläche der rechten Mandel auftrat. Sie wurde durch das Ferr. candens gestillt. D. meint, dass Morell Mackenzie's Tonsillotom das sicherste Instrument zum Gebrauch ist.

M'BRIDE.

42) E. Barré. **Zwischenfall bei Abtragung einer Tonsille. (Accident survenu pendant l'ablation d'une amygdale.)** *Union méd. No. 43. 28. März 1886.*

Es handelt sich um den Bruch des schneidenden Ringes des Amygdalotoms und um Verschlingen des abgebrochenen Stückes ohne nachtheilige Folgen.

Dem Ref. ist ein ähnlicher Fall passirt, nur dass der in der Mitte gesprengte Ring an Ort und Stelle blieb. Die Abtragung wurde wie in dem Falle B.'s mit dem Bistouri vollendet.

E. J. MOURE.

43) O. Malm (Norwegen). **Beiträge zur Geschichte des Tonsillarschankers. (Bidrag til Tonsillechankerens Historie.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. p. 714. October 1886.*

Verf. hat zwei Fälle von Tonsillarschanker gesehen bei einem 54jährigen Manne und einer 56jährigen Frau. Im ersten Falle war es die linke, im zweiten Falle die rechte Tonsille, die afficirt waren. Im ersten Falle wurde die Diagnose

erst gestellt, nachdem ein papulöses Exanthem sich auf der Haut entwickelt hatte, in dem zweiten Falle war es auch erst, nachdem typische secundäre syphilitische Symptome sich entwickelt hatten, möglich, eine sichere Diagnose zu stellen. In beiden Fällen hatte man es mit einem unreinen Geschwür, mit gelblich-schmutzigem Belag zu thun. Die Infection ist wahrscheinlich in beiden Fällen durch den Gebrauch von inficirten Gefässen geschehen. Die Diagnose des Tonsillarschankers ist sehr schwer, weil derselbe in so verschiedenen Formen auftritt. Am meisten typisch ist die Induration der Tonsille und die grosse einseitige, harte, gewöhnlich schmerzlose Geschwulst am Angulus maxillae. SCHMIEGELOW.

44) **Thomaschewski** (Kiew). **Drei Fälle von primärer syphilitischer Induration der Tonsillen.** *Wiener med. Presse. No. 30. 31, 33 u. 35. 1886.*

Zweimal war die rechte, einmal die linke Mandel sehr vergrössert, hart, fleischroth und mit einem Geschwüre besetzt. Die Beschwerden beim Schlingen waren gering, dagegen die Drüsen derselben Halsseite sclerosirt, am Körper war maculöses Exanthem und an vielen Stellen Papeln vorhanden. Das papulöse Stadium trat früher auf als bei anderen Infectionsarten, und die Resorption der Sclerose erfolgte langsamer. Die äusseren Inguinaldrüsen waren mehr als die inneren betroffen.

Th. hebt dann noch hervor, dass bei Sclerose im Rachen in 80 pCt. die Mandel Sitz derselben ist, weil in ihren Krypten das Virus leicht haftet, und bespricht die Differential-Diagnose ausführlich. CHIARI.

## d. Diphtheritis und Croup.

45) **Wm. P. Northrup. Bougirung des Larynx; drei Fälle mit einigen Bemerkungen. (Intubation of the larynx; three cases with comments.)** *New-York Med. Record. 30. October 1886.*

In dem New-Yorker Medical Journal vom 3. April und 18. September 1886 hatte Verfasser 9 Fälle von Bougirung des Larynx mitgetheilt. Er wünscht die neu hinzugekommenen drei Fälle anzureihen und über die 12 Fälle zusammen seine Bemerkungen zu machen.

Von den 12 Fällen endeten 5 in Genesung. Alle 5 hatten diphtheritisches Exsudat im Pharynx, Albuminurie und vor der Bougirung folgende bemerkenswerthe Symptome: Crouphusten, croupöse In- und Exspiration, Dyspnoë, Einziehung des Thorax und Fehlen des Vesiculärathmens hinten über den Lungen.

Jeder Fall war von zwei oder drei Aerzten untersucht worden, welche bereit sind, die Zuverlässigkeit der hier mitgetheilten Beobachtungen zu bezeugen.

Von den Gestorbenen war Einer 5 Jahre alt, er starb an maligner Diphtherie am dritten Tage seiner Krankheit und 29 Stunden nach der Bougirung.

Der zweite, 7 Jahre alt, starb plötzlich an Herzschwäche am dritten Tag seiner Krankheit und 8 Stunden nach der Bougirung.

Der dritte, 6 Jahre alt, starb an ausgesprochener einseitiger Pneumonie am 10. Tage seiner Krankheit und 5 Tage nach der Bougirung.

Die vier folgenden Fälle starben an Ausbreitung der Membran in die feineren Bronchien und vor dem Auftreten der physicalischen Zeichen der Pneumonie.

Der erste, 5½ Jahre alt, starb am 4. Tag seiner Krankheit und 36 Stunden nach der Bougirung.

Der zweite, 4 Jahre alt, starb am 9. Tag seiner Krankheit und 4 Tage nach der Bougirung.

Der dritte, 5 Jahre alt, starb am 4. Tag seiner Krankheit und 20 Stunden nach der Bougirung.

Der vierte, 2 Jahre alt, starb am 4. Tag der Krankheit und 24 Stunden nach der Bougirung.

In diesen Fällen sind die Krankheitstage nach den ersten beobachteten Symptomen irgendwelcher Art gezählt worden, und die Sonde wurde nur eingeführt, wenn die Dyspnoë bedrohlich wurde. LEFFERTS.

46) **N. P. Northrup. Bericht über acht Fälle von Catheterismus des Larynx wegen Croup. (Report of eight cases of intubation of the larynx for croup.)** *New-York Medical Journal. 18. September 1886.*

Von den acht durch Dr. N. operirten Fällen genasen vier. Alle vier hatten diphtherisches Exsudat im Pharynx, Albuminurie und schwere Dyspnoë. Von den Gestorbenen waren zwei an Ausbreitung der Exsudation in die feineren Bronchien — Bronchialdiphtherie —, einer an ausgesprochener Pneumonie, einer plötzlich an Herzschwäche und einer an maligner Diphtherie gestorben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

47) **Fletcher Ingals. Catheterismus des Larynx wegen diphtheritischen Croups. (Intubation of the larynx for diphtheritic croup.)** *Journal of Amer. Medical Association. 10. Juli 1886.*

I. glaubt, dass der Erfolg dieser Methode abhängig ist von der Nachbehandlung und dass ein grosser Procentsatz von Todesfällen durch das Eindringen von Fremdkörpern, welche Pneumonie erzeugen, bedingt ist. Wenn man die Darreichung resp. Nichtdarreichung von Speisen und Getränken sorgfältig überwacht und die Indicationen für Expectorantien, für Herz- und Respirationsstimulantien pünktlich ausführt, so kann man einen grossen Theil der Patienten retten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

48) **E. E. Montgomery. Tubage des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Philad. Med. and Surg. Reporter. 23. October 1886.*

Bericht über einen glücklichen Fall. LEFFERTS.

49) **A. R. Davidson. Catheterismus des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Buffalo Medical and Surgical Journal. Juli 1886.*

Ein Resumé früherer Artikel von O'Dwyer und Waxham.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

50) **Irwin H. Hance. Catheterismus des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *New-York Med. Journal. 2. October 1886.*

Der Autor, ersichtlich ein eifriger Anhänger obiger Operation an Stelle der

Tracheotomie zur Beseitigung der bei diphtheritischem Croup auftretenden Dyspnoë, berichtet in seinem Artikel die Geschichte von fünf Fällen, in welchen der Catheterismus des Larynx ausgeführt worden war. Vier von diesen Fällen endeten tödtlich; ein Patient, ein Kind von $2^1/_4$ Jahren, kam glücklich durch.

LEFFERTS.

51) **F. Gómez de la Mata** (Madrid). **Catheterisation und Erweiterung des Kehlkopfes bei Croupbehandlung. (Cateterismo, dilatación y Entubado laringeo como tratamiento del Crup.)** *Gaceta de oftalmologia, ototogia y laringologia* Herausgeber F. Gómez de la Mata. Jahrgang I. October 1886.

G. bespricht zuerst den geschichtlichen Theil, dann die Methoden von Loiseau, Sevullar, Bouchut, Macewen etc., ferner die Resultate, Indicationen, Werth besonders im Vergleiche zur Tracheotomie. KISPERT.

52) **H. D. Ingraham. Zwei Fälle von Catheterisirung des Larynx wegen diphtheritischen Croups. (Two cases of intubation of the larynx for diphtheritic croup.)** *Buffalo Med. and Surg. Journ. October 1886.*

Das Resultat der Behandlung wird nicht mitgetheilt. LEFFERTS.

53) **C. G. Jennings. Catheterismus des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *American Lancet. November 1886.*

Der Autor hat den Catheterismus in vier Fällen angewandt, welche alle starben. In einem anderen, seinem ersten Fall, waren alle Versuche zur Einführung des Catheters vergeblich. Sein Artikel bespricht die Resultate des Catheterismus im Vergleich zur medicinischen Behandlung des Croup und der Tracheotomie und schliesst mit der bestimmten Ansicht, dass die Tubage nicht als ein Substitut, sondern nur als eine Ergänzung derselben angesehen werden kann.

LEFFERTS.

54) **W. Chatham. Catheterisirung des Kehlkopfs bei echtem und diphtheritischem Croup. (Intubation of the larynx for true and diphtheritic croup.)** *Americ. practitioner and news. 13. November 1886.*

Der Artikel giebt ein schönes Resumé über obige Frage, zu welcher Ch. ausserdem seine persönlichen Erfahrungen hinzufügt. Der Gegenstand wird in unparteiischer Weise behandelt, ohne dass Verfasser eine bestimmte persönliche Ansicht über den Werth oder Unwerth des Verfahrens kundgiebt. LEFFERTS.

55) **Seneca Powell. Tubage des Kehlkopfs und der Trachea beim Croup. (Intubation of the larynx and trachea in croup.)** *Philadelphia Medical News. 4. December 1886.*

Ein Leitartikel bespricht den relativen Werth des Catheterismus gegenüber der Tracheotomie. Die Gefahren des Sondenverschlusses bei ersterer Operation durch eingetrocknete Secrete oder durch Fetzen der Pseudomembran und die Schwierigkeit ihrer Entfernung werden nachdrücklich betont. Ebenso wird auf die Schwierigkeit der Ernährung solcher Patienten, welche eine intralaryngeale Sonde tragen, hingewiesen. Der Autor ist der Ansicht, dass, wenn man die Berichte über die Tubage beim Croup durchforscht, man zu dem Schluss kommt,

dass manches Leben, wo die Tracheotomie nicht statthaft ist, durch den Catheterismus gerettet wird; dass letzterer manch einen Patienten vor der Nothwendigkeit zu tracheotomiren rettet und dass er wahrscheinlich nur wenige Leben opfert, die bessere Lebenschancen bei der Tracheotomie hätten. Daher der Rath, den Catherismus frühzeitig in Fällen von Larynxverschluss anzuwenden, in der Hoffnung, dadurh die Tracheotomie zu vermeiden. LEFFERTS.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

56) **Gouguenheim** (Paris). **Behandlung der Laryngitis acuta. (Traitement de la laryngite aigue.)** *Le moniteur thérapeut. No. 9. 6. September 1886.*

G. empfiehlt:

1. Inhalationen mit einem lauen Decoct von Lactuca vermittelst des Richardson'schen Zerstäubers.

2. Abends zwei Esslöffel voll folgenden Syrups zu nehmen:

Sirop diacode } ana 60,0 Grm.
Sirop de bourgeons de sapin }

3. Bei heftigem Schmerze Betupfen des Kehlkopfeinganges oder des Kehlkopfinnern mit einem in Cocaïnlösung getauchten Schwämmchen.

E. J. MOURE.

57) **Eustasio Urunuela é Hidalgo** (Madrid). **Acute eiterige Larynxphlegmone gefolgt von äusserster Asphyxie. (Laringitis phlegmonosa aguda supurada con Asfixia inminenta.)** *Memorias leidas en la primera Secion de la Sociedad espanola de Laringologia etc. Mayo 1886.*

50jähriger Patient fühlte beim Trinken von kaltem Wasser Schmerz beim Schlucken, hatte häufige Hustenanfälle und allgemeines Unwohlsein, hütete seit einigen Tagen das Bett und befand sich dann besser. Nach erneuter Erkältung verschlimmerte sich sein Zustand. Linkerseits im Halse klopfende Schmerzen, Schlucken fester Speisen unmöglich, von Flüssigkeiten schwierig, Aphonie, Fieber, Dyspnoë, Schwellung des Bindegewebes linkerseits. Das Laryngoscop zeigte Oedem der linken Hälfte der Epiglottis wie der linken aryepigl. Falte, dunkelrothe Schwellung der Fossa pyramidalis, mit einem gelblich-weissen, auf Eiter hindeutenden Punkte im Centrum.

Ehe U. sich zur Tracheotomie entschloss, die bei der äussersten Athemnoth, in der sich der Kranke befand, angezeigt war, incidirte er den Abscess, aus welchem viel Eiter floss und worauf hin sich der Kranke sofort besser befand. Nach 8 Tagen war Patient geheilt und der laryngoscopische Befund dem Normalen ähnlich.

Er bespricht dann die Schwere der phlegmonösen Laryngitis acuta und die Nothwendigkeit einer möglicherweise auszuübenden Tracheotomie. KISPERT.

58) **M. J. Coomes. Hämorrhagische Laryngitis. (Hemorrhagic laryngitis.)** *Progress. Louisville Ky. Juli 1886.*

C. glaubt, dass dies der erste derartige Fall sei, über welchen berichtet wird. Patient hatte Lungenphthisis und C. fand bei der Kehlkopfuntersuchung folgenden

Zustand: Die linke Seite des Daches des Mundes war ganz mit Blutextravasaten unter der Schleimhaut bedeckt; die linke Hälfte der Epiglottis zeigte ähnliche Extravasate, ebenso der Körper, ausserdem bestand eine beträchtliche Schwellung der Epiglottis und ein beständiges Abfliessen von Blut aus der Oberfläche des Flecks. Aus den Flecken im Munde floss kein Blut aus. C. fand kein Anzeichen von tuberculöser Erkrankung im Larynx und sah daher diesen Fall als einen Fall von Purpura an. Die Behandlung war einfach stimulirend, keine locale. Nach zwei Wochen war alles extravasirte Blut absorbirt, mit Ausnahme eines Theils an der vorderen Seite der Epiglottis. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) **Vogt** (Norwegen). **Oedema glottidis als Todesursache bei einem Neugeborenen. (Oedema glottidis, Dödsaarsag hos en Nyfödt.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. p. 638. September 1886.*

Ein neugeborenes Mädchen starb nach wiederholten vergeblichen Inspirationsversuchen, und bei der Section wurde gefunden, dass der Larynx von den stark ödematös infiltrirten Lig. aryepiglottica völlig verschlossen war. Dieses Oedem war ein Symptom eines allgemeinen Hydrops ohne entdeckbare Ursache. Die Placenta war eben falls ödematös. Ein ähnlicher Fall ist von Lawson Tait in den London. Obst. Transact. Vol. XVII. S. 307 beschrieben.

SCHMIEGELOW.

60) **Strübing. Ueber angioneurotisches Larynxödem.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1886.*

Die in Rede stehende Affection ist sehr selten; sie entsteht ohne nachweisbare Ursache oder nach Erkältung, Genuss sehr heisser oder kalter Speisen und beginnt mit Schluckbeschwerden, Röthung und Schwellung des Rachens und der Uvula, welche sich allmälig in einen ödematösen Wulst umwandelt. Von da schreitet das Oedem auf Epiglottis, Lig. aryepigl. und Taschenbänder fort. Zeit der Entwicklung 2—3 Stunden, aber auch kürzer. Nach Verschwinden der laryngealen Dyspnoë entwickelt sich Oedem der Gesichtshaut und des Thorax; oder der Process spielt sich in umgekehrter Weise ab, Fieber besteht niemals. Die Krankheit ist eine nervöse, die Gefässe lassen bei Einwirkung von Reizen eine abnorm starke Transsudation zu Stande kommen, so wies z. B. Ostroumoff nach, dass beim Hunde nach Durchneidung des N. lingualis und bei electrischer Reizung des peripheren Endes dieses Nerven Hyperämie und Oedem zu Stande kommt. Das Wesen dieses Oedems beruht aber wahrscheinlich auf einer gesteigerten Erregbarkeit der Vasodilatatoren. Die Therapie besteht in innerer Application von Eis, innerlich Morphium, bei Erstickungsgefahr in Scarificationen.

SCHECH.

61) **D. Charles** (Cookstown). **Oedematöse Kehlkopfentzündung; Tracheotomie; Glossitis mit Abscessbildung; schwere Blutung aus der Zunge; Heilung. (Oedematous laryngitis: tracheotomy; glossitis terminating in abscess; severe haemorrhage from tongue; recovery.)** *British Medical Journal. 6. November 1886.*

Patient, welcher an Angina gelitten hatte, zog sich nach einer heftigen Erkältung ein Recidiv zu. Drei Wochen später begann er an Dyspnoë zu leiden, und die Inspiration war pfeifend. Die Stimme war heiser. Das Laryngoscop

zeigte, dass es sich um Glottisoedem handle; als die Dyspnoë bedrohlich wurde, ward die Laryngotracheotomie gemacht. Am folgenden Tage war die Zunge sehr geschwollen und ragte über die Zähne hervor. Sie war sehr empfindlich und von etwas röthlicher Farbe. Es wurden deshalb zwei Incisionen gemacht und am folgenden Tag eine dritte.

Acht Tage später hatte Patient mehrmals Blutungen aus dem Mund, deren Quelle nicht genau festgestellt werden konnte. Zur Stillung derselben wurde die rechte Seite des Mundes unterhalb der Zunge und zwar zwischen ihr und den Zähnen mit Watte, welche mit Liquor ferri getränkt war, tamponirt.

Es erfolgte reichliche Entleerung dicklicher Massen. Nach zwei Tagen trat eine neue heftige Blutung auf, welche jedoch gestillt wurde. Dieselbe nahm ihren Ausgang von einer unregelmässigen Höhle an der Zungenbasis. Der Aufluss, welcher fötid war, bestand weiter und zuweilen kamen noch Blutungen. Patient machte gute Fortschritte in der Genesung, aber die rechte Zungenseite blieb etwas atrophisch; sie konnte weder weit vorgestreckt, noch hohl gemacht werden; wenn sie vorgestreckt wurde, wich sie nach rechts ab.

C. bemerkt, dass Glossitis eine seltene Complication in solchen Fällen sei. Er glaubt, dass der Abscess in der Zunge auf die rechte Seite beschränkt war.

A. E. GARROD.

62) **A. A. Nailer** (Madras). **Larynxabscess. (Abscess of larynx.)** *British Med. Journal. 10. Juli 1886.*

N. zeigte der Süd-Indischen Section der Brit. Med. Assoc. ein Präparat von einem Larynxabscess, welcher durch Einkeilung eines Hühnerknochens entstanden war. Die dadurch hervorgerufenen Symptome gingen bald vorüber. Etwas mehr als einen Monat später starb der Mann jedoch an schwerer Dyspnoë, trotzdem er tracheotomirt worden war. Es fand sich hinten und rechts vom Larynx ein Abscess, welcher den Schildknorpel blosslegte, der auch arrodirt war. A. E. GARROD.

63) **Edward Harrison** (Hull). **Verbrühung des Larynx bei einem Kind; Tracheotomie; Heilung. (Scald of the larynx in a child; tracheotomy; recovery.)** *Lancet. 18. December 1886.*

Mittheilungen über den Fall bei einem kleinen Knaben von 2 Jahren 4 Monaten, welcher in der Behandlung des Dr. Lane war.

Das Kind hatte aus der Oeffnung eines Kessels, welcher kochendes Wasser enthielt, zu trinken versucht.

Bei seiner Aufnahme, $3^1/_2$ Stunde nach dem Vorfall, bestand beträchtliche Cyanose und Einziehung der Intercostalräume; die Dyspnoë liess jedoch sehr nach, als das Kind in ein Zelt mit einem Dampfkessel gebracht worden war.

Nach einigen Stunden jedoch wurde die Athmung so behindert, dass die Tracheotomie ausgeführt werden musste mit unmittelbarem Erfolg.

Am folgenden Tag war die Temperatur 40° C., fiel jedoch allmälig von Tag zu Tag. Es bestand reichliche Secretion aus den Bronchien, und die Canüle musste alle 5 Minuten mit einer Feder gereinigt werden. Puls 180, Respiration 60—80. Dieser Zustand besserte sich unter der Behandlung mit Brandy, Vinum Ipecac., Spiritus Ammon. aromat. und Cataplasmen auf die Brust.

Am 28. Tage nach der Operation wurde die Canüle entfernt, und das Kind wurde 14 Tage später gesund entlassen. A. E. GARROD.

64) A. Fasano (Neapel). **Zwei bemerkenswerthe Fälle von primärem Kehlkopferysipel. (Due notevoli casi di erisipela laringea primaria.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio etc. No. 5. 1886.*

Uebersetzung eines in der Monatschrift für Ohrenheilkunde etc. publicirten Artikels.

1. Der 18jährige Patient erkrankte mit hohem Fieber, starken Schlingbeschwerden. Das Laryngoscop zeigte colossale Schwellung und Röthung der Epiglottis und der Plicae ary-epiglotticae, so dass die Inspection des Larynx unmöglich war. Weitergreifen des Processes auf die Lunge und wiederholte Erstickungsanfälle führten zum Tod. In den Blutgefässen wie in der Gewebsflüssigkeit der afficirten Stellen fand F. die charakteristischen Erysipelkokken, von denen er jedoch keine Culturen anstellte.

2. Der 50jährige Oheim des vorigen Patienten erkrankte gleichzeitig unter denselben Erscheinungen, genas aber nach einigen Tagen.

In einer Kritik dieses Aufsatzes (in den Arch. ital. di Laringologia 1886. Fasc. 3 e 4) beklagt sich Massei, dass sein Landsmann ihn und seine Arbeiten über Kehlkopferysipel zwar in der italienischen Publication nennt, in der deutschen aber ignorirt; zugleich zieht er die Competenz der bacteriologischen Untersuchungen Fasano's einigermassen in Zweifel. KURZ.

65) R. Lewy. **Chronische Laryngitis. (Chronic laryngitis.)** *Denver Med. Times. October 1886.*

Ein langer Artikel, welcher jedoch nichts Neues enthält. LEFFERTS.

66) E. J. Moure (Bordeaux). **Laryngologie. Ueber Behandlung der Kehlkopfphthise. (Laryngologie. Du traitement de la phthisie laryngée.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 6. 5. September 1886.*

Laryngologische Revue. Nichts Neues. AUTOREFERAT.

67) R. Ariza (Madrid). **Mykosis und Larynxtuberculose. (Micosis y tuberculosis laringeas.)** *Memorias de la Sociedad espanola de Laringologia, Otologia y Rinologia. Barcelona 2. Secion de 1886.*

Ein Fall, in welchem eine Pilzform in der ganzen Ausdehnung des freien Randes der Epiglottis eingepflanzt war, welche sich wie corrodirt durch kleine, miliare Ulcerationen von weisslicher Farbe präsentirte.

Die rechte Arytaenoidgegend geschwollen und blass, die correspondirende Falte roth und hypertrophirt. Die linke Seite bot ähnliches dar. nur in geringerem Grade. Der Kranke leidet seit 4 Monaten an Halsbeschwerden und Dysphonie, ist abgemagert und geschwächt. In den Lungen lässt sich keine Erkrankung nachweisen. A. betrachtete den Fall als eine Kehlkopfphthisis und applicirte local Milchsäure, Jodoform, Jodglycerin und Bicarbonat. Innerlich Arsen und Phosphor.

Nach Verlauf von $2^1/_2$ Monaten Stimme normal, Wohlbefinden und Kräfte-

zunahme. Der Kranke glaubt sich geheilt. Alle Erscheinungen sind zurückgegangen mit Ausnahme derjenigen an der Epiglottis, welche noch dasselbe Bild boten.

A. vermuthete, dass die Affection der Epiglottis unabhängig von der der Arytaenoid- und Glottisgegend sei, entnahm daher mittelst einer Pincette einige Partikelchen der weissen Kruste, welche die kleinen Ulcerationen bedeckte, und konnte unter dem Mikroscop Mycelfäden entdecken, vollständig identisch mit denen des Soorpilzes.

Es folgen Betrachtungen, die darthun, dass im vorliegenden Falle zwei verschiedene Processe gleichzeitig vorhanden waren, ein mycotischer und ein tuberculöser, wobei ersterer eine Stelle ergriffen hatte, welche von der tuberculösen Infiltration noch frei war. A. KISPERT.

68) **Bassolo y Prim** (Barcelona). **Ueber die Aenderung der Stimme in der vermeintlichen Periode einer Lungentuberculose. (De las alteraciones de la voz en el periodo presuntivo de la tuberculosis pulmonar.)** *Memorias leidas en la primera Secion de la Sociedad espanola de Laringologia etc. Barcelona, Mayo 1886.*

Die Arbeit beginnt mit bibliographischen Aufzählungen, denen zufolge fast alle Autoren zugeben, dass die Lungenphthisis bei ihrem Beginnen mit einer Aenderung in der Stimme einhergehe, und daher abhängig sei von der 1. Periode einer Kehlkopfphthise (epitheliale Veränderungen).

B. P. glaubt, dass die Aenderungen in der Stimme bei den Patienten mit beginnender Tuberculosis in mangelhafter Ernährung und Athmung beruhe. In Folge hiervon geschehe es, dass die Dauer der Töne vermindert ist, dass die Stimmbänder sich langsamer nähern, dass die Anstrengung, um die Bänder in der nöthigen Spannung zu unterhalten, grösser sein muss als bei gesunden Individuen. Aus diesem Grunde erschlaffen auch die Bänder schneller. Diese Momente genügten, um die Modificationen der Stimme zu erklären, wenn noch jede objectiven Erscheinungen im Kehlkopfe fehlten.

Diese Modificationen sind: Verminderung der zur Stimmbildung nöthigen Exspirationszeit und Missklang einiger Noten oder Verlust derselben (Aphonie). Das erste Phänomen ist abhängig von einer Veränderung der respiratorischen Capacität, von Hutchinson auf $11^{1}/_{2}$ unter der Normalen geschätzt. Das Zweite ist weniger leicht zu erklären, und kann abhängen von einem gewissen kaum merkbaren Grade von Schwellung der Stimmbänder, oder von einer ungenügenden Innervation, oder von einer Aenderung der Blutmischung. A. KISPERT.

69) **Irsai** (Pest). **Laryngologische Mittheilungen.** Excerpt aus *Orvosi Hetilap. No. 21 ff. 1886. — Pester med. chir. Presse. No. 46 1886.*

Tuberculose. J. giebt im Allgemeinen nichts Neues über diesen Gegenstand. Hervorzuheben ist ein Fall von Tuberculose und Syphilis, welche zu gleicher Zeit auftraten. Die Behandlung hatte wenig Erfolg. In einem Falle heilten ausgebreitete Kehlkopfgeschwüre tuberculöser Natur in 3 Wochen unter Jodoformeinblasung; auch Jodglycerinlösung wirkte günstig. Der Milchsäure geschieht keine Erwähnung. Scarificationen von Infiltraten nahm J. nicht vor, weil solche Eingriffe zu ausgebreiteten Verschwärungen führen. Jod wirkt nicht so günstig wie Jodoform. CHIARI.

70) **J. D. Arnold. Larynxphthise. (Laryngeal phthisis.)** *Pacific Med. and Surg. Journal. October 1886.*

Ein ausgezeichneter Essay über den genannten Gegenstand, welcher ein vollständiges Bild der Affection in ihren verschiedenen Stadien liefert und gesunde therapeutische Rathschläge enthält. Er bringt jedoch nichts, was dem Specialisten nicht bekannt wäre. (Die neue Behandlung mit Injectionen von Milchsäure wird nicht erwähnt.) LEFFERTS.

71) **Darier. Hirntumoren. Hämorrhagie der Varolsbrücke. Lungen- und Kehlkopftuberculose. (Tumeurs cérébrales, Hémorrhagie de la protuberance. Tuberculose pulmonaire et laryngée.)** *Société anatomique de Paris, 9. April 1886* in *Progrès méd. 7. August 1886.*

Die Kehlkopfläsion bestand in einer tuberculösen Ulceration des rechten wahren Stimmbandes. E. J. MOURE.

72) **F. Fournier. Bemerkungen über die medicinale Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Notes sur le traitement médical de la laryngite tuberculeuse.)** *Thèse. Paris, 1886.*

Es wird unter Anderem auf die Milchsäurebehandlung hingewiesen und die Behandlung mit warmer Luft vorgeschlagen. Diese wirke in doppelter Weise. Erstens als Antimicrobioticum, indem der Tuberkelbacillus in einer Temperatur über 41 ° zu Grunde gehe und zweitens als Prophylacticum, indem sich durch Verdampfung die Ulcerationsoberfläche mit trockenen Krusten bedecke, die eine Reinfection mit von der Lunge stammendem tuberculösem Sputum verhindern. E. J. MOURE.

73) **George W. Major. Submucöse Injection von Milchsäure zur Heilung des frühen Stadiums der Kehlkopfschwindsucht. (Submucous injection of lactic acid for the cure of the early stage of laryngeal phthisis.)** *Philadelphia Med. News. 13. November 1886* und *Canada Med. and Surg. Journal. December 1886.*

M. meint, dass die Milchsäure, local angewandt, in einem frühen Stadium der Kehlkopfsschwindsucht gegenwärtig wahrscheinlich die schnellste und wirksamste Heilmethode darstelle. Ulcerationen heilen dabei sehr gut und tuberculöse Ablagerungen werden schneller als durch irgend ein anderes Mittel absorbirt. Der Artikel bespricht besonders die submucöse Injection der Milchsäure in die Substanz der Larynxgewebe. M. empfiehlt eine 20—30 procent. Lösung des Mittels und verwendet in einer Sitzung $^3/_4$—1 Grm. der Lösung. Es folgt ein sehr geringer Schmerz und eine geringe Nachwirkung. Die Schwellungen verschwinden in 20—30 Tagen und ulcerative Veränderungen werden vermieden. Zu den Injectionen wurde die von Krause modificirte Hering'sche Spritze verwandt. M. hält die Behandlung mit Milchsäure für den grössten bis jetzt gemachten Fortschritt bei der Therapie der Larynxtuberculose und prophezeit ihr eine grosse Zukunft. LEFFERTS.

74) **Delie (Ypres). Ueber die Milchsäurebehandlung tuberculöser Kehlkopfgeschwüre. (L'acide lactique dans les ulcérations tuberculeuses du larynx.)** *Revue médic. Louvain, September 1886.*

Uebersichtliche Zusammenstellung der mit der Milchsäure gemachten Er-

fahrungen in der Behandlung tuberculöser Larynxgeschwüre nach Krause. v. Schrötter, Jelinek und Hering. BAYER.

75) E. de Renzi (Neapel). **Tuberculose und Syphilis des Kehlkopfs. (Tubercolosi e sifilide laryngea.)** *Rivista clinica e terapeutica. Fasc. 10. 1886.*

Klinische Vorlesung auf Grund eines Falles von Syphilis, der sich mit primärer Kehlkopftuberculose combinirte. R. tritt für die Existenz einer primären Kehlkopfphthise ein. Therapeutisch empfiehlt er Inhalationen von Jodoform mit Terpentin. KURZ.

76) J. Roquer Casadesús (Barcelona). **Kehlkopfsyphilis, Diagnose zwischen syphilitischen und tuberculösen Wucherungen. (Sifilis laringea, diagnóstico entra las vegetaciones sifiliticas y las tuberculosas.)** *Memorias de la Sociedad espanola de Laringologia etc. 2. Secion. Barcelona, 1886.*

Auf Grund eines Falles von Aphonie bei Wucherungen im Kehlkopf analysirt R. die Verschiedenheiten der Vegetationen ihrer Natur nach.

Er bespricht zuerst die gutartigen und krebsigen Papillome, welche leicht diagnosticirbar sind, geht näher auf die Differenzen der syphilitischen und tuberculösen ein und deducirt dann, dass die Vegetationen bei seinem Kranken syphilitische seien, obschon Antecedentien dazu fehlen, aus folgenden Gründen: 1. Die Vegetationen sind multipel, roth, occupiren alle Punkte des Kehlkopfes, den Eingangswinkel der Thyroidea, beide Theile der Interarytaenoid-Gegend, ferner greifen sie ineinander, flottiren bei den respiratorischen Bewegungen, und lassen einen kaum merkbaren Raum für die Athmung frei. 2. Diese Erscheinungen sind verschieden von denen der Vegetationen bei Tuberculosis, welche eine andere Entwickelung, anderes Volumen, Form, Farbe und Sitz zeigen; dieselben bluten nicht leicht, entstammen nicht jeder Gegend des Kehlkopfes, bevorzugen die Interarytaenoid-Gegend, ihre Farbe gleicht der der Schleimhaut oder ist weisslich, auch sind sie von anderen charakteristischen Aenderungen der umgebenden Schleimhaut begleitet. KISPERT.

77) W. S. Reynolds. **Laryngitis, Ulcus syphilitischer Natur. (Laryngitis, ulcus syphilitica.)** [? Red.] *Philadelphia Med. and Surg. Report. 27. November 1886.*

Bericht über einen Fall nebst Bemerkungen über den Gebrauch von Jodkali. LEFFERTS.

78) A. Bassolo y Prim (Barcelona). **Syphilitische, nicht ulceröse Larynxaffection. (Laringopatia sifilitica no ulcerada.)** *Memorias de la Sociedad espanola de laringologia etc. 2. Secion. Barcelona, 1886.*

Diese Arbeit wird eingeleitet durch einen kurzen Rückblick auf die einschlägige Literatur, welcher darthun soll, dass in der Diagnose der syphilitischen Laryngitis noch grosse Confusion bestehe.

Nach B. giebt es gemischte syphilitische Erkrankungen im Kehlkopfe, die nichts Charakteristisches an sich haben und deren Natur sich nur vermuthen lässt, nicht aber mit Sicherheit diagnosticirbar ist, wenn Antecedentien fehlen. Das ereignet sich bei Heiserkeit, die auch häufig bei Syphilitikern vorkommt.

Der Erfahrung B.'s zufolge muss, wenn Heiserkeit (Ronquera) besteht, stets der Kehlkopf selbst erkrankt sein. Nach der Meinung Langlebert's sei eine Erkrankung des Isthmus der Fauces dazu genügend, dies ist jedoch nicht richtig, denn in solchen Fällen ist die Stimme zwar in ihrem Klang, nicht aber in der Tonart verändert.

Zum Beweise dafür beruft er sich auf seine grosse Erfahrung in der laryngoscopischen Untersuchung bei Prostituirten und citirt die Beobachtung eines Falles, in welchen stark ausgesprochene Heiserkeit vorhanden war; es existirte eine bedeutende Congestion des ganzen Kehlkopfes (Epiglottis, Falten, Stimmbänder etc.) von hochrother Farbe, gleichmässig vertheilt, ohne irgend ein Zeichen von Ulceration, noch Excoriation, und jedes Fehlen von Belästigung. Dieser Contrast zwischen den Läsionen und den subjectiven Symptomen veranlasste B. ein syphilitisches Erythem zu vermuthen, obwohl dasselbe nach Mandl nichts charakteristisches für sich habe. Die Antecedentien bestätigten die Correctheit seiner Diagnose. A. KISPERT.

79) **Schnitzler** (Wien). **Weitere Beiträge zur Kenntniss der Kehlkopf- und Lungensyphilis.** *Wiener med. Presse. No. 20 u. 24. 1886.*

1. 30jähriger Mann. Syphilitische Infection im Jahre 1874. Nach einigen Monaten die gewöhnlichen Folgeerscheinungen, die auf eine antisyphilitische Behandlung wieder schwinden. Im Jahre 1878 Kopfschmerz, Schwindel, Husten und Heiserkeit. Gummata der Zunge, Kehlkopfgeschwüre und Lungeninfiltration. Trotz allgemeiner Kachexie und grosser Wahrscheinlichkeit fortschreitender Lungenphthise wird eine systematische Inunctionskur eingeleitet, und der Kranke nach mehreren Monaten gänzlich hergestellt. Patient befindet sich derzeit vollkommen wohl, und nur die Narben am Kehldeckel und die Einkerbungen der Zunge zeugen von der überstandenen schweren Krankheit.

2. 40jähriger Mann. Syphilitische Infection 1873. Nach 3 Monaten Hautsyphilid. 1880: Halsschmerzen, Heiserkeit, Husten, Athembeschwerden, Kehlkopfgeschwüre, Lungeninfiltration. Nach einer Inunctionskur heilen die Geschwüre im Kehlkopfe und schwindet die Lungeninfiltration; nach einiger Zeit stellen sich jedoch Erscheinungen von Hirnreizung ein, die bald in Geistesstörung übergehen und zu einem unerwartet raschen letalen Ende führen. CHIARI.

80) **J. Charazac** (Toulouse). **Beitrag zum Studium der Gummiknoten des Kehlkopfes. (Contribution à l'étude des gommes du larynx.)** *Revue méd. de Toulouse. 10. October 1886.*

Ch. giebt eine ausführliche Beschreibung des Gegenstandes.

Die letzte Ursache zur Entwicklung der tertiären Syphilis im Kehlkopfe sei oft der Tabak, Alkoholgenuss und Erkältung.

Die Gummen kommen in diffuser und in umschriebener Form vor. Beide Formen haben Neigung zur Geschwulstbildung.

Was die Symptome betrifft, so hat Ch. unter Anderen in einem von ihm beobachteten Falle heftige Schmerzen auftreten gesehen, die, ähnlich wie beim Kehlkopfkrebs, gegen das Ohr hin ausstrahlten.

Es wird ferner der laryngoscopische Befund und die Differentialdiagnose von Tuberculose, Krebs, Lepra und Lupus besprochen. E. J. MOURE.

81) **M. Palacios** (Barcelona). **Larynxsyphilis. (Sifilis laringea.)** *El Eco de las Clinicas de Barcelona* und *Gaceta de Oftalmologia, Otologia, Laringologia. Madrid, October 1886.*

Der Kranke wurde an der Klinik des Dr. Ribus Perdigo beobachtet und von dem Kandidaten P. beschrieben. Der Fall bietet nichts besonderes.

A. KISPERT.

82) **Grossmann** (Wien). **Demonstration eines Falles von Lupus des Kehlkopfes** Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 15. October 1886. *Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte. No. 25. 1886.*

Der 11jährige Knabe steht 4 Jahre in Behandlung und zeigt Verdickungen, Defekte und Infiltrate am Kehldeckel und sonst im Innern des Larynx. Am harten Gaumen eine weisse Narbe mit Nachschüben innerhalb derselben; G. macht darauf aufmerksam, dass O. Chiari und Riehl diesen Umstand als diagnostisch wichtig zuerst hervorhoben. Lupus des Gesichtes. CHIARI.

83) **Beavan N. Rake** (Trinidad). **Präparate von Lepra des Kehlkopfs.** *Trans. Path. Soc. of London. Vol. XXXVII. p. 543 et seq. 1886.*

R. liess der Londoner patholog. Gesellschaft im Laufe der vorigen Session eine ganze Reihe von theilweise den Kehlkopf betreffenden Präparaten vorlegen, welche sowohl die Veränderungen der reinen Lepra, wie der Combination dieses Leidens mit Syphilis und Tuberkulose illustrirten. Hinsichtlich der specielleren, übrigens ziemlich dürftigen Beschreibung muss auf das Original verwiesen werden. SEMON.

84) **Ramon de la Sota y Lastra** (Sevilla). **Ueber die Arthritis crico-arytaenoidea. (De la artritis crico-aritenoidea.)** *Memorias leidas en la primera Secion de la Sociedad espanola de Laringologia etc. Mayo 1886.*

Krankengeschichte eines 26jährigen Patienten, welcher in Folge eines Trunkes kalten Wassers plötzlich Schmerz beim Sprechen, Husten und Schlucken verspürte und dessen Stimme heiser wurde. Das Laryngoscop zeigte Schwellung und Röthe an der Basis der Gegend des rechten Arytaenoidknorpels; während der Inspiration war die Stellung des Giessbeckenknorpels und des correspondirenden Stimmbandes in der Mittellinie. Diagnose: rechtsseitige Arthritis crico-arytaenoidea von rheumatischer Natur. Heilung nach angemessener Behandlung im Verlauf eines Monates.

Auf Grund dieses Falles bespricht S. y L. vollständig die Erscheinungen dieser Krankheit, welche von den Autoren nicht besonders berücksichtigt wird.

In der chronischen Form ist diese Krankheit Tochter der Syphilis, des Krebses, der Tuberculosis, des Lupus; in der acuten Form dagegen: Tochter der unzähligen thermischen, chemischen, mechanischen Ursachen, welche auf den Kehlkopf einwirken können, sowie einer übermässigen Thätigkeit dieses Organes, ferner können Zugluft, der Typhus, die Blattern, der Rheumatismus etc. diese Krankheit hervorbringen. Die objectiven Zeichen ändern sich, je nachdem der

Arytaenoidknorpel sich in der Adduction oder Abduction fixirt. Die Figur der Glottis ist abhängig von der unbeweglichen Stellung des Knorpels. Die Schleimhaut über dem Gelenk ist geröthet und geschwollen.

S. bespricht dann die Differentialdiagnose zwischen der Ankylosis der Articulatio crico-arytaenoidea (Semon) und der idiopathischen Arthritis dieses Gelenkes. Den Schluss dieser Arbeit bildet eine detaillirte Beschreibung der Therapie.

KISPERT.

85) **M. Thorner** (Cincinnati). **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Kehlkopfe mittelst der Voltolini'schen Schwammmethode.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 11. 1886* und *Cincinnati Lancet Clinic. 24. Juli 1886.*

Der betreffende 16jährige Patient hatte eine Klette verschluckt, konnte nur mühsam athmen und gar nichts essen. Die Klette war zwischen die Stimmbänder eingezwängt und mit zahlreichen kleinen Dornen besetzt, auf den Taschenbändern Geschwüre, ebenso auf der hinteren Fläche der Epiglottis, Stimmbänder geschwellt, roth und rauh. Nach Cocaïnisirung wurde ein fruchtloser Extractionsversuch mit einer Kehlkopfpincette gemacht; ebenso mit einer Mackenzie'schen Kehlkopfzange. Durch Einführen eines Schwammes hinter und unter die Klette gelang die Extraction. Nachbehandlung mit antiseptischer Inhalation und Insufflation von Borjodoform. Patient hatte die Klette auf der Jagd aspirirt. Empfehlung der Voltolini'schen Schwammmethode auch für Fremdkörper.

SCHECH.

86) **D. B. Crawley. Ingeniöse Methode zur Extraction einer Klette aus dem Kehlkopf. (Ingenious method of extraction of a cockle-burr from the larynx.)** *Philadelphia Med. News. 11. December 1886.*

In dem Fall eines 9jährigen Negerknaben mit einer Klette im Kehlkopf, welche mit dem Finger gefühlt werden konnte, umwickelte C., in Ermangelung von Instrumenten, die Spitze seines rechten Zeigefingers mit etwas Watte, führte ihn abwärts bis zur Klette, und suchte nun durch rotirende Bewegung desselben die Stacheln der Klette in der Watte zu verwickeln und diese so herauszuziehen. Nach verschiedenen Versuchen gelang ihm dies durch diese ingeniöse Methode. (Der Autor hätte es wohl seinen Lesern überlassen dürfen, darüber zu entscheiden, ob die Methode eine „ingeniöse“ ist. Red.)

LEFFERTS.

87) **Jurasz. Ein Knochenstück in der Kehlkopfhöhle eines 22 Monate alten Kindes laryngoskopisch nachgewiesen und entfernt.** *Monatsschrift für Ohrenheilk. etc. No. 12. 1886.*

Das Kind hatte einen Hühnerknochen in den Larynx gebracht und darauf einen Erstickungsanfall bekommen. Die laryngologische Untersuchung bei Kindern unter 3 Jahren, deren ausserordentliche Schwierigkeiten der Referent mit dem Verfasser trotz gegentheiliger Behauptungen im vollen Umfange bestätigen kann, gelingt nur in der Chloroformnarcose, aber wie Verf. gleichfalls richtig bemerkt, nicht in der totalen, sondern nur in leichter Narcose, wo noch Reflexe, Husten und Schreien ausgelöst werden. Die Entfernung des Fremdkörpers im vorliegenden Falle geschah durch die Pincette.

SCHECH.

88) **S. L. Leadbetter. Fremdkörper in der Trachea. (Foreign body in the trachea.)** *Alabama Med. and Surg. Journal. October 1886.*

Ein eiserner Nagel wurde, nachdem er 7 Monate an der Bifurcation der Trachea gesessen hatte, ausgehustet. LEFFERTS.

89) **L. H. Petit. Ueber das Hineingelangen von ausgezogenen Zähnen in die Luftwege. (De l'introduction dans les voies aëriennes de dents extraites.)** *Union méd. No. 35. 13. März 1886.*

Es werden zwei Fälle erzählt.

Im ersten Fall steckte ein Zahn seit 8 Monaten in der rechten Lunge, und wurde unter Benutzung von Niesspulvern zu Tage gefördert.

Im zweiten Fall, wo der Zahn auch in der rechten Lunge sass, wurde vergebens von Marschall die Pneumotomie gemacht. Der Zahn konnte nicht entfernt und die Symptome, die er hervorrief, konnten nicht gebessert werden. E. J. MOURE.

90) **Bourneville, Bricon und Courbarien. Idiopathische Epilepsie. Dementia paralytica. Verlegung der Luftwege durch Nahrungsmittel. Crico-tracheotomie etc. (Epilepsie idiopathique. Démence paralytique. Obstruction des voies respiratoires par des aliments. Crico-trachéotomie etc.)** *Progrès méd. 18. September 1886.*

Der Titel zeigt an, was an dem Fall interessirt. E. J. MOURE.

91) **W. W. Moore. Fremdkörper in der Trachea. (Foreign body in the trachea.)** *Cincinnati Lancet Clinic. 17. Juli 1886.*

Der Körper, ein Getreidekorn, wurde drei Tage, nachdem die Tracheotomie gemacht worden war, entfernt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

92) **E. B. Ward. Tracheotomie bei einem 13monatlichen Kinde behufs Entfernung eines Fremdkörpers. (Tracheotomy in a child 13 months old for removal of a foreign body.)** *Alabama Med. and Surg. Journal. October 1886.*

Nuss (pea-nut) in der Trachea, Tracheotomie. Erstickungstod durch Vernachlässigung der Canüle nach der Operation. (Sie hatte sich durch verdickten Schleim verstopft.) LEFFERTS.

93) **Desprès. Schusswunde der Brust; Austreten der Kugel durch den Kehlkopf (Plaie par arme à feu de la poitrine; issue de la balle par le larynx.)** *Gazette des hôpitaux. No. 53. 6. Mai 1886.*

Die Revolverkugel war in der linken Achselhöhle zwischen 4. und 5. Rippe in die Brust eingedrungen und an der linken Lungenspitze wieder herausgekommen. Von da aus hatte sie sich, den oberen Pleurasack durchbohrend, hinter dem Schlüsselbeine bis zu der inneren Jugular- und Schlüsselbeinvene Bahn gebrochen. — Diese und die Schilddrüse perforirend war sie endlich zwischen oberem Trachealring und dem Ringknorpel in den Larynx eingewandert.

Der Tod trat nicht sofort ein trotz der Venenverletzung, sondern erst später wahrscheinlich in Folge Loslösung eines in der Venenwunde entstandenen Thrombus.

D. knüpft an diesen Fall gerichtsärztliche Betrachtungen über den Schusscanal an.

Der Fall ähnelt in manchen Punkten der von Fauvel in der Revue mens. de Laryngol. 1881 mitgetheilten Beobachtung, in welcher eine in den Jochfortsatz eingedrungene Kugel aus dem Kehlkopf extrahirt worden war.

E. J. MOURE.

94) **Kohl** (Zürich). Aus der chirurgischen Klinik in Zürich. **Perforation eines verschluckten Doppelknöpfchens in den Larynx. Larynxstenose, Tracheotomie ex indicatione vitali in der Meinung, es handele sich um Croup. Exitus durch Inanition.** *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. No. 22. 1886.*

Ein $2^1/_2$jähriges Mädchen verschluckte ein gewöhnliches Hemdknöpfchen mit kleinem Kopf und grosser runder Basis. Dasselbe keilte sich im Oesophagus mit der Basis am Ringknorpel senkrecht ein, während das Köpfchen quer zu stehen kam. Die Basis sägte in Folge der vielen Schluckbewegungen allmälig die Schleimhaut der Speiseröhre hinten und vorn durch, sägte hinten tief in den Körper des V. Halswirbels hinein, vorn die ganze Ringplatte durch und wölbte die Schleimhaut der hinteren Kehlkopfwand, ohne sie zu verletzen, weit in das Lumen des Larynx vor, so dass Kehlkopfstenose entstand. Im Wirbelkörper entstand ein umgrenzter Abscess. Das Kind hatte von Anfang an fast nichts mehr zu sich genommen, grosse Schmerzen geäussert, gefiebert und ging am 14. Tage nach dem Unfall im Spital zu Grunde. Das Uebrige erhellt aus dem Titel. Verf. betont am Schusse des Berichtes bezüglich der Verwechselung mit Croup, welche nur durch mangelhafte Aufnahme der Anamnese verschuldet war, „dass auch bei anscheinend vollkommen sicherer Diagnose (von Croup in Croupepidemien) die Aufnahme einer selbst minutiös genauen Anamnese nicht nur wünschbar ist, sondern geradezu zu den Pflichten des Arztes gehört.“

JONQUIÈRE.

## f. Schilddrüse.

95) **James Hurley. Ist der Kropf erblich? (Is goitre hereditary?)** *Brit. Med. Journal. 27. November 1886.*

H. berichtet über ein Dorf in Somersetshire, welches auf dem unteren Oolithenstratum gelegen ist. Die Bevölkerung zählt 380 Personen. Vor 40 oder 50 Jahren hatte fast die Hälfte der Einwohner den Kropf; in letzterer Zeit herrscht er weniger, obwohl die Umgebung sich nicht wesentlich verändert hat. In einigen Familien kann dieses Leiden bis wenigstens auf drei Generationen zurückgeführt werden. Isolirte Fälle zeigen jedoch, dass die Erblichkeit keine so grosse Rolle spielt, wie es zuerst erscheint. Eine mit Struma behaftete Frau, deren Familie seit Generationen in demselben Ort lebt, hat nur eine Tante und einen Sohn mit Kropf. Dieser Sohn, welcher das einzige kropfkranke Kind ist, hat dieses Leiden von der Familie des Vaters geerbt, dessen Mutter und Grossmutter mütterlicherseits an Kropf gelitten haben.

A. E. GARROD.

96) **Verneuil. Cyste der Schilddrüse. (Kyste du corps thyroide.)** *Gazette des hôpitaux. No. 106. 11. September 1886.*

Bei Gelegenheit eines Falles von Schilddrüsencyste skizzirt V. die ver-

schiedenen Behandlungsmethoden und erwähnt, dass er in der Regel sich des Dieulafoy'schen Apparates zur Punktion bediene und hierauf Jod einspritze. — Bei Blutcysten habe er von der Electrolyse und von interstitiellen Ergotininjectionen gute Erfolge gesehen. E. J. MOURE.

97) Schrötter (Wien). **Carcinom der Lunge oder Tuberculose?** Klinischer Vortrag. *Allgem. Wiener med. Zeitnng. No. 48, 49 u. 50. 1886.*

Bei einem 38 jährigen Manne bestand seit langem alte Tuberculose der Lungen mit schwieliger Verödung des von zahlreichen Cavernen durchsetzten rechten Oberlappens, der von einer pleuritischen Schwarte fest umschlossen war. Dazu gesellte sich Carcinom der Schilddrüse, besonders im linken Lappen mit Compression der Trachea und mit Metastasen in die Lymphdrüsen des Halses und an der Theilungsstelle der Trachea. Von dort griff das Carcinom auf den rechten Hauptbronchus über und verengerte ihn bedeutend. Diese durch die Autopsie gefundenen Verhältnisse waren in vivo nur vermuthungsweise festzustellen. Die Verengerung der Luftröhre in der Höhe der Schilddrüse hinderte den Einblick in die tieferen Theile; die Leerheit des Schalles über dem rechten Oberlappen, das starke tracheale Stenosengeräusch, welches kein selbstständiges Athemgeräusch hören liess, die starke Schwellung der Halslymphdrüsen, ein ausgeprägtes Venennetz am oberen Thoraxtheil, öftere Blutungen aus den Luftwegen und zuletzt Abnahme der Stenosenerscheinungen sprachen für ein Neoplasma. Dagegen liessen sich in der späteren Zeit im Sputum Tuberkel-Bacillen nachweisen. Sch. nahm daher später Tuberculose der Lungen und Drüsen an. Die Autopsie klärte diese Verhältnisse auf. CHIARI.

98) Stephen Paget (London). **Sarcom der Schilddrüse. (Sarcoma of thyroid.)** *Brit. Med. Journal. 23. October 1886.*

Demonstration des Specimens vor der Path. Soc. of London am 19. October 1886. Die Neubildung, welche nur den linken Lappen betraf, hatte in einer seit 30 Jahren vergrösserten Schilddrüse Platz gegriffen, war in die Trachea gewuchert, und hatte den Oesophagus comprimirt. SEMON.

99) George Stoker (London). **Schilddrüsenkrebs. (Cancer of thyroid.)** *British Med. Journal. 23. October 1886.*

Demonstration des Specimens vor der Path. Soc. of London am 19. October 1886. Die Neubildung hatte complete Paralyse des linken und theilweise Lähmung des rechten Stimmbandes bewirkt. Es wurde die Tracheotomie vorgenommen und der Patient ging an Bronchitis zu Grunde. Der linke Recurrens war in die Neubildung eingebettet. Beide Postici, hauptsächlich aber der linke, waren atrophisch. (Ueber den rechten Recurrens, die Vagi, die anderen Kehlkopfmuskeln ist in dem kurzen Bericht des Brit. Med. Journal nichts gesagt. Vielleicht ist die Mittheilung vollständiger, wenn sie in den Transactions der Gesellschaft im Original veröffentlicht wird. Ref.). Metastasen waren nicht vorhanden. Das ganze Drüsengewebe war, wie die mikroscopische Untersuchung zeigte, durch Krebsmasse ersetzt. SEMON.

100) **Hale White** (London). **Die Prognose der secundären Symptome und Processe der Basedow'schen Krankheit. (On the prognosis of secondary symptoms and conditions of exophthalmic goitre.)** *Brit. Med. Journal. 24. Juli 1886.*

W. war bemüht, 12 Fälle von Basedow'scher Krankheit mit Rücksicht darauf zu verfolgen, was aus ihnen, nachdem sie das Hospital verlassen, geworden sei.

Von allen zwölf, die im Krankenhaus gewesen waren, waren jüngst noch fünf am Leben. Sie waren alle nahezu, oder ganz von der Krankheit befreit und zwar nach 4 oder 5jähriger Krankheitsdauer.

Sieben waren gestorben. Zwei davon starben plötzlich, ohne dass die Autopsie eine genügende Todesursache ergab. Einer starb an Insufficienz der Mitralis, einer an einem grossen Axillarabscess, wahrscheinlich mit Pyämie verbunden; einer an einem Ulcus ventriculi; einer an Erschöpfung, und im 7. Falle kannten die Freunde die Todesursache nicht.

Die beste Behandlung schien der constante galvanische Strom und Eiswasser zu sein.

W. lenkt die Aufmerksamkeit auf die häufige Persistenz der Thymusdrüse und die Schwellung und Injection der Peyer'schen Plaques, welche man in den tödtlich verlaufenen Fällen bei der Autopsie fand.

Keiner von den genesenen Fällen zeigte irgend welche Symptome von Myxödem oder Atrophie der Schilddrüse.

Bemerkungen über jeden der zwölf Fälle beschliessen diese sehr interessante und lehrreiche Abhandlung. A. E. GARROD.

## g. Oesophagus.

101) **T. Tommasi** (Florenz). **Ueber einen Fall von schwerer hysterischer Dysphagie bei einem Knaben. (Sopra un caso di grave disfagia di natura isterica in un giovanetto.)** *La medicina contemporanea. No. 7. 1886.*

Neben sonstigen hysterischen Symptomen bestand bei dem 16jähr. Kranken eine hochgradige Dysphagie, die 4 Monate lang mit Sondirung und Electricität behandelt wurde, um dann plötzlich eines schönen Tages gänzlich zu verschwinden. KURZ.

102) **Ph. Schech** (München). **Ueber Oesophagitis acuta.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 42. 1886.*

Verf. bespricht die relative Seltenheit der Affection und deren mangelhafte Schilderung in den gebräuchlichen Lehrbüchern. Die wenigen vorhandenen Sectionsbefunde stimmen nicht mit einander überein. Aetiologisch liess sich in 4 selbstbeobachteten Fällen 3mal bestimmt, einmal mit grosser Wahrscheinlichkeit Missbrauch geistiger Getränke nachweisen. Die Haupterscheinung ist Dysphagie, deren Sitz meist unterhalb des Kehlkopfes angegeben wird; seltener werden Schmerzen bei Druck auf den Oesophagus oder bei Bewegungen der Wirbelsäule sowie vermehrte Schleimabsonderung geklagt. Die Diagnose stützt sich auf die Dysphagie bei Abwesenheit von Nasen-, Rachen- und Kehlkopf-Erkrankungen, sowie auf die Aetiologie, namentlich auf die Coincidenz mit Abusus spirituosorum. Dauer der Krankheit 1—4 Wochen. Prognose fast stets günstig; die Therapie

besteht in passender Ernährung mit lauwarmen Flüssigkeiten, eventuell Eis; daneben zeigte sich innerlich eine 1 proc. Tannoglycerin-Lösung auffallend wirksam.
AUTOREFERAT.

103) **Longuet. Ueber Varices der Speiseröhre bei Störungen des Pfortaderkreislaufes. (Des varices de l'oesophage dans les troubles de la circulation-porte.)** *Union méd. No. 65 et 66. 13. u. 15. Mai 1886.*

L. weist auf die relative Häufigkeit der Varices des Oesophagus hin und betont, dass französische Autoren zuerst deren hepatischen Ursprung signalisirt haben. — L. bespricht auf den Gegenstand selbst übergehend die complementären Blutbahnen bei Lebercirrhose und unter ihnen namentlich die venösen Geflechte des Oesophagus, die dem Schicksal ausgesetzt sind, den Contre-coup aller Störungen des Pfortaderkreislaufes zu erfahren. Der obere Theil dieses Geflechtes ist bei Greisen häufig der Sitz von varicösen Erweiterungen. Der untere Theil dagegen giebt Anlass zur Bildung von Varices bei Verlegung der Blutbahnen der Vena portae. In Folge der eintretenden Atrophie der Schleimhaut bersten diese Varices leicht und erzeugen heftige Blutungen.

Die Blutungen können von einem varicösen Geschwüre herrühren, oder durch eine vollständige Necrose der Schleimhaut bedingt sein.

Die Varices des Oesophagus sind im Beginne schwer zu erkennen. Später führt die eintretende Hämatemesis auf den Weg der Diagnose. — Manchmal können aber Blutungen der Speiseröhre auch Melaena verursachen.

Das Bersten der Varices des Oesophagus kann hervorgerufen sein durch eine heftige Anstrengung, die den venösen Blutdruck erhöht; es kann aber auch die Folge einer Sondirung der Speiseröhre sein.

L. glaubt, dass aufmerksam durchgeführte Obductionen von Fällen von Lebercirrhose ergeben werden, dass ein Theil von primären gastro-intestinalen Blutungen eigentlich aus dem Oesophagus stammten. E. J. MOURE.

104) **Hale White (London). Cerebrospinalmeningitis als Ursache eines Oesophagusabscesses. (Cerebrospinal meningitis causing oesophageal abscess.)** *Brit. Med. Journal. 20. November 1886.*

Das Präparat von diesem äusserst merkwürdigen Falle wurde der Path. Society of London am 16. November 1886 demonstrirt. Die Patientin war ein Mädchen, die im Guy's Hospital einen Monat lang mit retrahirtem Kopf, gekrümmter Wirbelsäule, Kopf- und Rückenschmerzen und anderen Symptomen von Cerebrospinalmeningitis krank lag. Etwa 18 Stunden vor ihrem Tode begann eine Quantität von Eiter, dessen Ursprung nicht ermittelt werden konnte, aus ihrem Munde zu laufen; der Eiter gelangte theilweise in die Luftwege und die Patientin starb. Bei der Autopsie fand sich, dass die Wirbelsäule und Kopfknochen, die Dura mater und die Gehirngefässe völlig normal waren und keine Spur von Tuberkeln aufwiesen. Dagegen fand sich abundante purulente Meningitis an der Basis des Gehirns und der hinteren Oberfläche des Rückenmarks. An der hinteren Oberfläche des Ringknorpels fand sich ein ovales Geschwür, dessen langer, verticaler Durchmesser $1\frac{1}{4}''$ (englisch) betrug. In seinem Grunde lag der Knorpel bloss, ohne necrotisirt zu sein. Diesem Geschwür gerade gegenüber fand sich ein zweites an der hinteren Oberfläche des Pharynx. Ausserdem

etwas Bronchitis und Verdickung der Mitralis. Sonst war der Körper normal. Die Oesophagusgeschwüre waren wahrscheinlich die Folgen eines Abscesses, der gerade an der Vereinigungsstelle des Pharynx und Oesophagus existirt und dessen Platzen zu dem während des Lebens beobachteten Eitererguss geführt hatte. Anscheinend war die Ursache dieses Abscesses die hochgradige Hintenüberbiegung des Kopfes, welche den Kehlkopf nach hinten und die Wirbelsäule nach vorn gedrängt hatte. Die Reibung des Kehlkopfs gegen die Wirbelsäule während der respiratorischen Bewegungen des ersteren hatte zur Abscessbildung geführt. Die Meningitis hielt der Vortragende für rheumatisch. — Der Präsident (Dr. Bristowe) frug, ob die Quantität des Eiters im Wirbelcanal bedeutend gewesen sei. Er selbst habe einen Fall der Art veröffentlicht, in welchem der Eiter durch die Intervertebrallöcher seinen Weg nach aussen gefunden und vorn eine Kette von Abscessen gebildet habe. White stellte eine solche Entstehungsweise für den vorliegenden Fall in Abrede. Ganz abgesehen von der grossen, während des Lebens entleerten Quantität Eiters, die sich nicht mit dieser Herkunft vertrüge, sei der hauptsächliche Abscess an der Hinterfläche des Ringknorpels gelegen, während die hintere Wand des Oesophagus nicht perforirt sei. Auch sei die Wirbelsäule sorgfältig untersucht worden, ohne dass ein Anhalt dafür gefunden worden wäre, dass der Eiter aus dem Wirbelcanal stammte. SEMON.

105) **E. Fränkel** (Hamburg). **Oesophagusdiphtherie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 32. S. 555. 1886.*

Fr. demonstrirte im ärztlichen Verein in Hamburg ein Präparat, an welchem neben Rachendiphtherie der Oesophagus diphtherisch erkrankt war, ein Umstand, den Fr. unter 400 Diphtherie-Sectionen nur dies eine Mal antraf. FRAENKEL.

106) **Zemann** (Wien). **Tuberculose des Oesophagus.** Vortrag. *Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte in Wien. No. 31.* Sitzung vom 26. November 1886.

Die Tuberculose des Oesophagus entsteht am häufigsten durch Uebergreifen des Processes von den kranken bronchialen und trachealen Lymphdrüsen besonders in der Nähe der Bifurcatio tracheae. Heilt die Drüsentuberculose mit Schrumpfung aus, so wird die Wand des Oesophagus zu einem Tractions-Divertikel herausgezogen; findet aber Zerfall der Drüsen statt, so kann die Lymphdrüsencaverne die Wand der Speiseröhre durchbrechen, und es können sich in der Umgebung Tuberkelknötchen bilden, die in der Speiseröhre selbst sitzen und manchmal auch zu Ulcerationen führen.

Aber auch vom Kehlkopfe und Rachen aus kann die Tuberculose auf den Oesophagus übergreifen.

Endlich beobachtete sowohl Zemann als auch Breus u. A. Tuberculose des Oesophagus nach vorausgegangener Corrosion der Schleimhaut durch ätzende Substanzen; es erklärt sich das aus dem Verluste des Epithels, welches sonst durch seine besondere Dicke das Eindringen von Bacillen hindert. Nur dadurch lässt sich nach Z. erklären, warum so selten die Speiseröhre der Phthisiker trotz der reichlichen Mengen verschluckter tuberculöser Sputa an Tuberculose erkrankt. Die Corrosion des Epithels kann endlich auch durch Soorwucherung bedingt sein. (Eppinger.) CHIARI.

---

# III. Kritiken und Besprechungen.

**W. Moldenhauer,** Docent an der Universität Leipzig. **Die Krankheiten der Nasenhöhlen, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums mit Einschluss der Untersuchungstechnik.** Mit 25 Abbildungen. 198 Seiten. Leipzig, 1886. Verlag von F. C. W. Vogel.

Die schriftstellerische Thätigkeit auf dem Gebiete der Rachen-, Nasen-, Kehlkopfkrankheiten ist in den letzten Jahren eine so ausserordentlich fruchtbare gewesen, dass der Bedarf an neuen Lehrbüchern und Compendien jetzt wohl als völlig gedeckt betrachtet werden dürfte. Abgesehen von der Bedürfnissfrage haben neue Bücher stets einen gewissen Reiz, insofern als der Fachgenosse aus denselben die speciellen Ansichten ihrer Autoren kennen lernt, und einerseits dadurch zu neuen Gedanken angeregt, andererseits zur Correction der eigenen oft etwas eigensinnigen Anschauungen genöthigt oder auch erst recht zum Festhalten derselben aufgemuntert wird. Das vorliegende Buch ist mit vieler Sachkenntniss geschrieben und mit einer grossen Anzahl meist sehr guter Abbildungen versehen, welche namentlich das Verständniss des anatomischen Theiles wesentlich zu erleichtern vermögen. Die Darstellung und Anordnung des Stoffes, durchaus nicht zum Nachtheile des Buches vielfach an jene eines andern Specialwerkes erinnernd, ist klar und fasslich, die Literatur erschöpfend, die Ausstattung eine der bekannten Verlagsfirma durchaus würdige.

Bei allen Vorzügen des Buches kann jedoch Ref. die Bemerkung nicht unterdrücken, dass der Verfasser an manchen Stellen seinem Werke allzusehr den Stempel der eigenen Individualität resp. der Subjectivität aufgeprägt hat, wo Objectivität mehr am Platze gewesen wäre. So nennt Verfasser z. B. die von B. Fränkel und dem Ref. gemachte Angabe, dass die acute eitrige Rhinitis bei Neugebornen einer während der Geburt erfolgenden Infection mit dem leukorrhoischen Secret der mütterlichen Vagina ihre Entstehung verdanke, sowie dass Erwachsene nicht selten mit ihren verunreinigten Händen oder Taschentüchern oder durch widernatürliche Verirrungen das Trippergift in die Nase transportirten, eine mehr theoretisch construirte, als durch die Erfahrung bewiesene. Da für beide Infectionsarten in der Litteratur wohlbeglaubigte Beispiele vorliegen, wovon sich Verf. sehr leicht hätte überzeugen können, so erscheint sein Ausspruch absolut nicht berechtigt, auch dann nicht, wenn er und zwei andere von ihm angeführte Beobachter persönlich noch keine derartigen Fälle der ohnehin seltenen Affection zu sehen Gelegenheit hatten.

Dass die Ozaena simplex von vielen Autoren, so namentlich B. Fränkel, Bresgen, Gottstein und Anderen in Gemeinschaft mit dem chronischen Nasencatarrh abgehandelt und entweder als eine besondere Form des chronischen Catarrhs aufgefasst oder als ein weniger gewönliches Endstadium dieser verbreiteten Erkrankung beschrieben wird, hält Verf. für ein grosses Unrecht. Wozu er selbst aber die Ozaena simplex rechnet, sagt er direct nicht, er nennt sie sehr vorsichtig und reservirt: eine meist aus unbekannten Ursachen entstehende Erkrankung der Nase und polemisirt auf das Heftigste gegen die Auffassung der Krankheit als Catarrh, da

sowohl das anatomische wie das klinische Bild der Ozaena in dem Stadium, wie es uns meist entgegenträte, kaum an den Begriff erinnere, den wir gewohnt seien, uns von einem Catarrh zu machen. Das Anathema gegen die obengenannten Autoren bekommt aber insofern einen etwas komischen Beigeschmack, als derselbe Verfasser, der mit soviel Entrüstung gegen die Auffassung der Ozaena simplex als Catarrh spricht, in dem Inhaltsverzeichniss unter dem catarrhalischen Erkrankungen der Nasenschleimhaut und des Nasenrachenraums unter Litera g ausdrücklich auch die Rhinitis foetida, Ozaena simplex, aufführt! Consequent ist dies gewiss nicht, denn wenn der Verfasser in der Ozaena simplex eine ganz besondere eigen geartete Krankheit erblickt, dann musste er derselben auch ein eigenes Kapitel widmen, wie er dies bei der Scrophulose, Syphilis etc. gethan hat. Die Annahme, dass die Rhinitis atrophicans das Endstadium eines im Anfange mit Hypertrophie des Gewebes einhergehenden chronischen Nasencatarrhs darstelle, nennt Verf. eine sehr bequeme aber auch durchaus willkürliche, da Niemand bisher diesen Entwickelungsgang Schritt für Schritt verfolgt habe.

Die namentlich von Gottstein zur Stütze der getadelten Anschauung angeführte Thatsache des gleichzeitigen Vorkommens von Hypertrophie und Atrophie der Schleimhaut wird mit der Bemerkung abgefertigt, dass Gottstein sich mit dieser angeblich nicht seltenen Beobachtung „im Irrthum" befinden dürfte, da der Gegensatz, den eine atrophische Schleimhautpartie zu ihrer Umgebung bilde, eine Hyperplasie an letzterem Orte leicht vortäuschen könne.

Wenn nun auch Ref. darin mit dem Verf. übereinstimmt, dass die Lehre von der Ozaena simplex noch viel Dunkles und Lückenkaftes aufweist, so kann er doch niemals billigen, dass das bisher mühsam Errungene als auf irrthümlicher Beobachtung beruhend, in Zweifel gezogen oder ganz ignorirt werde. — Die Beobachtung, dass nach abgelaufener Syphilis ein Zustand der Nasenschleimhaut angetroffen werde, der durchaus dem bei Ozaena simplex gleiche, ist nicht neu, sondern findet sich bereits in des Ref. Lehrbuch, S. 201; nur die Erklärung ist eine andere; während Ref. an jener Stelle den Zustand auf bindegewebige Veränderung und narbige Schrumpfung der gummös infiltrirt gewesenen oder ulcerirten Schleimhautpartien zurückführt, was wenigstens mit den bisherigen pathologischen Befunden bei Ozaena simplex übereinstimmt, macht Verf. die länger anhaltende Bespülung mit fötidem Secret verantwortlich, was um so unwahrscheinlicher ist, als sonst jeder eitrige Catarrh der Nebenhöhlen die Schleimhaut der Nasenhöhle zur Atrophie bringen müsste.

Mit Vorliebe beschäftigt sich der Verf. mit dem Ref., dem er die Ehre mehrmaliger Citirung angedeihen lässt, allerdings wie es scheinen könnte, hauptsächlich zu dem Zwecke, an seinen Angaben etwas auszusetzen. Ref. sieht sich desshalb gegen seine sonstige Gepflogenheit veranlasst, auf einige dieser Punkte zu erwidern; der eine, die acute eitrige Rhinitis betreffende, wurde bereits Eingangs erledigt. Am meisten Anlass zum Tadeln geben dem Verf. die vom Ref. in seinem Lehrbuche empfohlenen Instrumente, namentlich dessen kalte Schlinge zur Operation der Nasenpolypen. Ganz besonders wird an der letzteren getadelt, dass die Krümmung statt in das Griffende in die Röhre selbst gelegt sei und der

Querbalken 1 Mm. von der Mündung der Röhre entfernt liege, wodurch die Neuarmirung der Röhre mit Draht entschieden erschwert und die nöthige Reinigung nicht erleichtert werde. Ob die Krümmung in der Röhre oder in dem Griffe liegt, ist für die Operation vollständig gleichgiltig, für den Handgriff des Ref. resp. von Tobold wurde aber die Krümmung der Röhre desshalb beibehalten, weil derselbe mit Rücksicht auf den ohnehin schon genug in Anspruch genommenen Geldbeutel des practischen Arztes gleichzeitig auch für Operationen im Kehlkopfe dienen soll. Dass durch das Anbringen des Querbalkens 1 Mm. von dem Ende der Röhre entfernt die Durchschneidung der Geschwulst erleichtert wird, gibt Verf. selbst zu; der angebliche grosse Zeitaufwand, welche die Wiederentfaltung der Schlinge bedingt, kann aber umsoweniger in Betracht kommen, als in erster Linie das Wohl des Patienten berücksichtigt werden muss und nicht die Bequemlichkeit des Operateurs. Die Reinigung einer im stumpfen Winkel abgebogenen Röhre mittelst Durchspritzen von Carbolwasser — eine andere Art der gründlichen Reinigung verbietet sich von selbst, wegen der nöthigen Enge der Röhren — kann aber ebenso leicht geschehen, wie die einer geraden.

Dass die vom Verf. behufs Extraction von Fremdkörpern in der Nase bei unbändigen Kindern geübte Fixation durch vier Hände die vom Ref. empfohlene Narcose überflüssig machen kann, bezweifelt Ref. keinen Augenblick; er möchte nur daran erinnern, dass in der Privatsprechstunde nicht immer vier brauchbare und kräftige Arme in Bereitschaft stehen und vielen Eltern die Beruhigung ihrer Kinder durch einige Tropfen Chloroform minder unangenehm erscheint, als die meist mit entsetzlichem Geschrei verbundene Fixation ohne Chloroform.

Wir sind am Schlusse. Trotz der gerügten Punkte kann Ref. das Buch Moldenhauer's allen denjenigen, die sich für Nasenkrankheiten interessiren, auf das Beste empfehlen und glaubt, dass dasselbe seinen in der Vorrede ausgesprochenen Zweck, den praktischen Aerzten die Erkennung der wichtigsten Erkrankungen der Nasenhöhlen und der angränzenden Hohlräume zu erleichtern, sicher erreichen wird.

SCHECH.

---

# IV. Briefkasten.

## Die British Medical Association und die Laryngologie.

### Eine Erklärung.

Vermuthlich in Folge einer von der otologischen Section der vorjährigen Jahresversammlung der Gesellschaft gegebenen Anregung, hat sich die British Medical Association entschlossen, der Laryngologie und Rhinologie gelegentlich der diesjährigen, im Anfange des August in Dublin tagenden Jahresversammlung zum ersten Male eine unabhängige Stellung einzuräumen. Während jedoch allen anderen, überhaupt gesondert vertretenen Specialitäten (Gynaekologie, Ophthalmologie, Materia medica etc.) ausser der Otologie, die aus uns unbekannten Gründen diesmal von der innegehabten Stellung einer vollen Section zu der einer Subsection reducirt werden soll, der Rang voller Sectionen gegeben worden ist, sollen Laryngologie und Otologie die Stellung von Sub-

sectionen bekleiden. Der Vorsitz der laryngologischen Subsection ist dem Herausgeber des Centralblatts seitens des Vorstandes der Association angetragen, von demselben aber nach einer Correspondenz, in welcher er sich vergeblich bemühte, der Laryngologie eine mit den begünstigten Specialitäten gleichberechtigte Stellung zu verschaffen, abgelehnt worden.

Seine Gründe zu diesem Entschlusse sind folgende:

Titelfragen haben fast immer etwas Kleinliches an sich, und unzweifelhaft liegt mehr an der Anerkennung, dass der Laryngologie eine eigene Vertretung gebührt, als an der Frage, unter welchem Namen diese Vertretung registrirt werden soll. Aber gerade weil die Stellung einer Snbsection bei diesen Gelegenheiten eine ebenso unabhängige ist, als die einer vollen Section, wird durch den Titel eine unliebsame Unterscheidung zwischen der Dignität einzelner Specialitäten geschaffen, die deswegen nicht weniger real ist, weil sie, wie dem Herausgeber versichert worden ist, und wie er gern glauben will, von dem Vorstand der Association nicht beabsichtigt wird. Die Richtigkeit dieser Anschauung wird auf das Klarste durch eine während der betreffenden Correspondenz — zweifelsohne in freundlichster Absicht — gethanene Aeusserung bewiesen. Falls sich die Dubliner Subsection, so hiess es, als erfolgreich herausstellen sollte, so würde vermuthlich späterhin der Laryngologie der Rang einer vollen Section eingeräumt werden. Also mit anderen Worten: wir sollen wiederum eine Probezeit durchmachen! — Der Herausgeber hat in seiner Absage an den Präsidenten des Vorstandes speciell gegen diese Zumuthung energisch protestirt. Als es sich im Jahre 1881 darum handelte, ob die Laryngologie gelegentlich des Londoner Internationalen Congresses gar nicht vertreten sein sollte, oder in Form einer Subsection, lagen die Dinge anders. Damals war die Laryngologie noch niemals bei den Zusammenkünften ärztlicher Congresse selbstständig vertreten gewesen; es handelte sich offenbar darum, durch eine gediegene Leistung zu zeigen, dass sie einer unabhängigen Repräsentation bei solchen Gelegenheiten würdig sei, und hinter dieser im Vordergrunde aller Erwägungen stehenden Ueberlegung konnten nicht nur, sondern mussten unserer Ueberzeugung nach alle Etiquettefragen zurücktreten. Nachdem aber der Erfolg der Subsection ein grosser und unbestrittener war, die Laryngologie sich der durch diesen Erfolg errungenen Stellung einer vollen Section in Kopenhagen durchaus werth gezeigt und dieselbe Stellung zu wiederholten Malen in vortrefflicher Weise bei den deutschen Naturforscher-Versammlungen eingenommen hatte, erschien dem Herausgeber die Zumuthung einer erneuten Lehrlingsschaft als eben so ungerechtfertigt wie unannehmbar.

Die Gründe, welche ihm — allerdings nicht officiös — als bestimmend für die Entschlüsse des Vorstandes angegeben wurden, konnte er durchaus nicht als zwingende anerkennen. Einerseits, so wurde ihm mitgetheilt, bestände in der Gesellschaft eine Abneigung gegen die Begründung neuer Sectionen, andererseits habe man vielleicht auch gefürchtet, dass nicht Material genug für die Discussion zusammenkommen würde, was bei einer vollen Section unangenehmer sei, als bei einer Subsection, die nicht nothwendigerweise während der ganzen Dauer der Versammlung zu tagen brauche.

Beide Argumente scheinen uns unhaltbar. Was das erste anbetrifft, so wird doch offenbar in dem Augenblicke, in welchem eine besondere Abtheilung für die Laryngologie geschaffen wird, de facto eine neue Section errichtet! Giebt man derselben nicht ihren natürlichen Namen, so bestätigt man damit eben nur, was wir weiter oben von der „unliebsamen Unterscheidung zwischen der Dignität einzelner Specialitäten" sagten. — Das zweite Argument ist ein absolut hypothetisches. Bei allen ähnlichen Zusammenkünften haben bisher die laryngologischen Abtheilungen nicht an Anaemie, sondern an Plethora hinsichtlich ihres Materials gelitten, und ein Blick auf unsere Statistiken hinsichtlich der Zahl aus Grossbritannien und Irland stammenden laryngologischen Beiträge zeigt, dass die Besorgniss wegen Materialmangels bei der bevorstehenden Versammlung in keiner Weise begründet war.

Der Herausgeber hat Grund zu dem Glauben, dass sich die Vorstandsmitglieder, mit denen er über die Frage correspondirte, der Berechtigung der von ihm vertretenen Anschauung nicht verschlossen; die Verhandlungen über die Frage scheiterten jedoch an einem technischen Umstande. Eine Aenderung der getroffenen Beschlüsse kann nur nach Zustimmung des Plenarvorstandes erfolgen. Die nächste Vorstandssitzung

aber findet erst im April statt und die Kürze der Zeit bis zur Jahresversammlung erlaubt nicht, die Angelegenheiten bis zu diesem Termin zu vertagen. Unter diesen Umständen ersuchte der Präsident des Vorstandes den Herausgeber noch einmal in einem liebenswürdigen Schreiben, den Vorsitz der Subsection zu übernehmen, indem er gleichzeitig versprach, die ihm unterbreiteten Gründe für eine Abänderung der getroffenen Beschlüsse dem Vorstand im April vorzulegen. Der Herausgeber aber fühlte zu seinem Bedauern, dass er den freundlich gemeinten Vorschlag nicht annehmen dürfe. In dem Augenblick, in welchem er den Vorsitz einer Subsection für Laryngologie acceptirt hätte, war offenbar der principielle Standpunkt, den er in der Angelegenheit vertrat, geopfert, und lehnte dann — was ihm äusserst wahrscheinlich erschien — der Plenarvorstand schliesslich die ihm gemachten Vorschläge ab, so war das Eingehen auf eine Subsection einer Missdeutung ausgesetzt. Unter diesen Umständen erklärte der Herausgeber, nur das Präsidium einer vollen Section annehmen zu können, worauf die Antwort erfolgte, dass, da weder eine Aenderung der gefassten Beschlüsse ohne Zuziehung des Plenarvorstandes, noch eine Verschiebung der ganzen Angelegenheit bis zu dessen nächster Sitzung thunlich sei, der Präsident des Vorstandes sich zu seinem Bedauern nach einem anderen Vorsitzenden für die laryngologische Subsection umsehen müsse.

---

## Der „Aethereffect".

In der Sitzung der Londoner Physiologischen Gesellschaft vom 12. Februar 1887 demonstrirten Prof. Horsley und der Herausgeber die Wirkung des Aethers auf die Kehlkopfmuskeln (vgl. Referat 64 der letzten Nummer) in folgender Weise: Ein grosser Hund wurde mit einer Mischung von Chloroform und Aether tief narcotisirt, die Narcose dann mit Aether allein fortgesetzt, das Thier in der gewöhnlichen Weise aufgebunden, sein Körper aber noch ausserdem durch umgelegte Binden am Versuchsbrett befestigt. Dann wurden die Recurrentes freigelegt, die Tracheotomie vorgenommen, die Narcose durch einen mit der Canüle in Verbindung stehenden Schlauch unterhalten und in die vordere Wand des obersten Trachealabschnitts ein grosses Fenster eingeschnitten. Nunmehr wurde das Versuchsbrett auf die Kante gestellt und in dieser Stellung befestigt, so dass sich das Thier in Seitenlage befand, seine Zunge darauf stark vorgezogen und durch dieselbe sowie durch die Epiglottis Fäden gelegt, durch deren Anziehen ein direkter freier Einblick in den Kehlkopf und die Trachea vom Munde des Thieres aus ermöglicht wurde. Sodann wurde ein Kalklichtapparat in solcher Höhe und Stellung angebracht, dass von der Lichtquelle aus horizontale Strahlen durch den Mund und Kehlkopf des Thieres in die Trachea desselben fielen. Die Intensität der Beleuchtung wurde dadurch verstärkt, dass einerseits das Zimmer verdunkelt wurde, zum andern durch eine vor der Lichtquelle angebrachte Blendung, welche nur den direkt in die Luftwege des Thieres einfallenden Strahlen Durchlass gewährte, alle Nebenstrahlen ausgeschaltet wurden. In das Fenster der auf diese Weise hell erleuchteten Trachea wurde ein Kehlkopfspiegel mittlerer Grösse in einem Winkel von 45° zur Lichtquelle eingeführt und an einem Stativ in dieser Stellung befestigt. Das von dem Spiegel im gleichen Winkel reflectirte Kehlkopfbild ward auf eine weisse spanische Wand geworfen und durch eine zwischen Spiegel und Wand angebrachte Vergrösserungslinse für die Demonstrationszwecke angemessen vergrössert. Dasselbe präsentirte sich nun in liegender Stellung auf der Wand in der Weise, dass die Glottis selbst durch ein liegendes, hell erleuchtetes, variables Dreieck repräsentirt wurde, dessen Maximum mit der Inspiration, dessen Minimum mit der Exspiration zusammenfiel, während die theilweise durchleuchteten Stimmbänder, welche die seitlichen Begränzungen dieses Dreiecks bildeten, sich durch hellere Färbung von der umgebenden dunkleren Fläche deutlich abhoben. Der „Aethereffect" liess sich mittelst dieser Vorrichtung vortrefflich demonstriren, indem bei leichter Narcose während der Dauer der Recurrensreizung ein Stillstand des betreffenden Stimmbandes in Phonationsstellung, bei sehr tiefer Narcose in Inspirationsstellung auf der weissen Wand sichtbar wurde. Die Stromstärke war selbstverständlich in beiden Experimenten die gleiche.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang III. Berlin, April. 1887. No. 10.

# I. Die Stellung der Laryngologie in Scandinavien.

Man wird vergebens bei den 6 Universitäten (Kopenhagen, Christiania, Lund, Stockholm, Upsala, Helsingfors), die Scandinavien besitzt, in den medicinischen Facultäten nach einem obligatorischen Unterricht in der Laryngologie und Rhinologie suchen. Alles, was in dieser Beziehung vorhanden ist, ist nur facultativ. Gewöhnlich liegt die Sache so, dass ein Professor der Chirurgie oder Medicin gleichzeitig (aber nur als Nebensache) Vorlesungen über Laryngologie hält, und den Studirenden die laryngologischen Fälle, die zufälliger Weise in der chirurgischen oder medicinischen Klinik vorkommen, demonstrirt.

Glücklicherweise trifft man aber an den meisten scandinavischen Universitäten ausserdem Privatdocenten, die jährlich öffentliche Curse über Krankheiten der Nase und des Kehlkopfes halten, und grösseren oder kleineren Specialkliniken vorstehen, in denen die Studirenden, wenn sie es wünschen, hinreichend Uebung in der Diagnose und der Behandlung dieser Krankheiten erwerben können. Das Resultat dieser Verhältnisse ist natürlich, wie überall, wo ein Fach nicht obligatorisch docirt wird, dass nur ein kleinerer Bruchtheil der Studirenden genauere Kenntnisse in der Laryngologie bekommt, der grösste Theil dagegen nur während sehr kurzer Zeit oder überhaupt gar nicht die Specialkliniken frequentirt.

Das nothwendige Geld zur Herstellung einer laryngologischen Docentur an der medicinischen Hochschule in Stockholm ist kürzlich von einem Privatmanne der Regierung angeboten worden. Uebrigens bestrebt man sich in der letzten Zeit, eine bessere Organisation des medicinischen Studiums bei mehreren scandinavischen Universitäten herzustellen, und es ist zu hoffen, dass die Laryngologie dann eine selbstständigere und ihrer Bedeutung für den practischen Arzt mehr entsprechende Stellung unter den übrigen Disciplinen einnehmen wird.

# II. Referate.

## a. Allgemeines.

1) F. Cardone (Neapel). **Bericht über das Schuljahr 1885/86 des Ambulatoriums von Prof. Massei. (Rendiconto dell' anno scolastico 1885/86 della clinica laringojatrica del Prof. Massei.)** *Estratto dal Giornale internazionale delle scienze mediche. Anno VIII. 1886.*

Der übliche statistische Bericht. Im genannten Jahr 856 Kranke. 102 Fälle von Rhinitis, 40 von Ozaena, 20 von Rhino-Pharyngitis, 10 Stomatitis, 7 von Tonsillitis, 112 von Pharyngitis, einer von chronischem Oedem des Isthmus, 3 von Retropharyngealabscess, 40 von Laryngitis. 125 syphilitische Affectionen, von denen 30 die Nase, 45 Mundhöhle und Isthmus, 27 Rachen und 23 Kehlkopf betrafen. 48 Fälle von Kehlkopftuberculose, 50 Neubildungen, worunter 23 der Nase und des Nasenrachenraums, 9 der Mundhöhle und des Isthmus, 18 des Larynx. 59 nervöse Affectionen, wovon 17 des Pharynx und 42 des Larynx. Endlich 28 verschiedene Krankheitsprocesse, worunter Keuchhusten, Diphtherie, Kropf, Trachealverschluss. C. schliesst mit einigen Worten über die Wichtigkeit unserer Specialität, über das Ansehen, das sie gewonnen, und über die Nothwendigkeit des laryngologischen Unterrichts. KURZ.

2) Ph. Schech (München). **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.** In englischer Sprache mit Zusätzen herausgegeben von **R. H. Blaikie** (Edinburgh). **(Diseases of the mouth, throat and nose.)** Young J. Pentland. Edinburgh, 1886.

Das vortreffliche Werk unseres verehrten Mitarbeiters ist fast unmittelbar nach seinem Erscheinen ins Englische übersetzt worden, „als ein Gefährte", wie der Verfasser in der Vorrede bemerkt, „zu der Mc Bride'schen Uebersetzung von Gottstein's Kehlkopfkrankheiten". Die Uebersetzung ist als eine durchaus gelungene zu bezeichnen: treu, aber nicht sklavisch und dabei in vortrefflichem Englisch geschrieben. Die kurzen Zusätze des Uebersetzers beziehen sich auf practische Detailfragen; nur dem Cocaïn, das erst nach der Drucklegung des deutschen Originals eingeführt wurde, ist ein etwas längerer Abschnitt gewidmet. Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich. SEMON.

3) Gordon Holmes (London). **Die Hygiene des Halses und Ohres. (The Hygiene of the throat and ear.)** J. & A. Churchill. London, 1885.

Dieser „populäre Führer zu den Ursachen, der Verhinderung und der Heilbarkeit der Krankheiten" der im Titel genannten Theile erledigt seine Aufgabe, soweit Nase, Rachen, Kehlkopf, Oesophagus, und äusserer Hals betroffen sind, auf 48 Octavseiten, die noch ausserdem Abbildungen des Kehlkopfs, des Laryngoscops, der Kehlkopfpolypen-Zange, der Kehlkopfelectrode etc. bringen. In welcher Weise letztere prophylactisch wirken sollen, sagt uns der Verfasser nicht. Ich habe zu wiederholten Malen meine Ansichten über die Schädlichkeit derartiger Bücher ausgesprochen und bin niemals mehr in meiner diesbezüglichen

Ueberzeugung befestigt worden, als bei der Lectüre dieses Leitfadens, der sich nicht etwa darauf beschränkt, dem Laienpublicum, an das er sich wendet, einige allgemeine hygienische Rathschläge zu geben, sondern der auch die Symptome und die Behandlung der hauptsächlichsten Hals- und Nasenleiden aufzählt! Sieht der Verf. nicht, dass er — ohne Zweifel mit den besten Intentionen in der Welt — bei der Gleichartigkeit der subjectiven Symptome der verschiedensten Halsleiden die Patienten, die seine Schilderungen lesen, in den Anfangsstadien schwerer acuter Krankheiten durch Durchprobiren der von ihm empfohlenen „Hausmittel" kostbare Zeit verlieren lässt; bedenkt er nicht, wie sehr er die Aufgabe von Collegen erschwert, die derartigen halbwissenden Patienten andere Behandlungsmethoden vorschlagen, als die von ihm empfohlenen; hat er niemals überlegt, welche Bedenken vom Standpunkt der Humanität dagegen sprechen, an Kehlkopfschwindsucht oder Kehlkopfkrebs leidenden Patienten — und auch solche werden doch sein Buch lesen — in wenigen dürren Worten den Vorgeschmack der späteren, jammervollen Stadien ihrer Krankheiten und des wahrscheinlichen Ausganges derselben zu geben; hat er nie an die Gefahr gedacht, Patienten, die an trivialen Affectionen leiden, aber zufällig das eine oder andere Symptom darbieten, das auch möglicherweise bei schwereren Krankheiten vorkommen kann, durch die Aufzählung der Symptome der letzteren in die tödtlichste Angst zu versetzen, ja, sie direct der Hypochondrie in die Arme zu treiben?

Ich habe erst kürzlich mit so aufrichtiger Bewunderung von des Verf.'s wissenschaftlichen Leistungen gesprochen, dass ich es um so mehr bedauere, mich seinem populären Werkchen gegenüber unbedingt ablehnend verhalten zu müssen. Aber mir erschien letzteres durchaus nothwendig. Die besten Intentionen bieten kein Aequivalent für den Schaden, der durch derartige Productionen gestiftet wird, und ich halte es für die Pflicht, solchen Büchern um so entschiedener entgegenzutreten, wenn sie von Autoren stammen, die Gutes leisten können.

SEMON.

4) **Tucker Wise** (Davos). **Alpines Winterklima. (Alpine winter-climate.)** *Brit. Med. Journal. 6. November 1886.*

W. hielt am 21. October 1886 einen Vortrag über genannten Gegenstand in der Harveian Society, in welchem er unter den Contraindicationen eines Winteraufenthaltes in den Hochalpen auch acute Entzündungen des Pharynx und Larynx anführte. In der Discussion meinte Dr. Symes Thompson, dass er nicht geneigt sei, Halsleiden unter die im Allgemeinen für einen alpinen Winteraufenthalt ungeeigneten Krankheiten zu rechnen. Selbst Kehlkopfschwindsucht sei gelegentlich durch einen solchen gebessert worden. In den meisten Halsleiden sei die continuirliche Einathmung trockener Luft von Nutzen (? Ref.). Dr. Ewart glaubte, dass Pharynxleiden, bei welchen Hypersecretion vorhanden sei, besonders adenoide Vegetationen gewöhnlich durch trockene Luft günstig beeinflusst würden. (Der Ref. möchte letzteres bestätigen, dagegen hinzuzufügen, 1. dass ihm ein Fall mit aller Sicherheit bekannt ist, in welchem Kehlkopfphthise bei gleichzeitiger Verbesserung der Lungenphthise, wegen welcher die Patientin nach Davos gesandt war, dort entstand, und dass er mehrere

Fälle kennt, in welchen die schon vorhandene Kehlkopfaffection nichts weniger als günstig durch einen Winteraufenthalt im Hochgebirge beeinflusst wurde; 2. dass er von zahlreichen mit granulärer Pharyngitis behafteten Patienten gehört hat, dass sie bei einem Aufenthalt im Engadin — selbst im Sommer — regelmässig eine Steigerung ihrer Beschwerden empfunden haben. Er selbst kann hier als Zeuge auftreten, denn während ihm seine eigene Pharyngitis granulosa sonst niemals Unbequemlichkeiten verursacht, leidet er bei jedem Aufenthalt im Hochgebirge an Trockenheit, Reiz und Gefühl von Wundsein im Halse. Es wäre sehr wünschenswerth, dass die im Obigen berührten Fragen eine auf reicher Erfahrung beruhende, gründliche Bearbeitung erführen. Referent.)

SEMON.

5) H. F. Hendrix. **Aetiologie und Prophylaxe der Erkältungen in früher Kindheit. (Colds in early infancy how taken and how prevented.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. Nov. 1886.*

Mangel an genügender Sorgfalt beim Baden des Neugeborenen und den späteren täglichen Bädern ohne die nöthige Sorgfalt auf die umgebende Temperatur, die Dauer und Temperatur des Bades bildet eine ergiebige Quelle für Erkältungen in der Kindheit und zur Prädisposition für dieselben in der Zukunft. Die Prophylaxe ergiebt sich von selbst. Die Erklärung für die späteren Erkältungen bietet, nach dem Autor, vom bacteriologischen Standpunkt aus, keine Schwierigkeiten dar: die Schleimhautoberfläche des Respirationsapparats ist von der Stunde der Geburt an in einem krankhaften Zustande gewesen. LEFFERTS.

6) Brown-Séquard. **Einfaches prophylaktisches Verfahren für gewisse Fälle von catarrhalischen Affectionen oder von Entzündungen vieler Organe oder der Nasen-, Mundrachen-, Kehlkopfschleimhaut etc. (Simple procédé prophylactique dans certaines circonstances, d'affections catarrhales ou d'inflammation de nombre d'organes ou des muqueuses nasale, buccopharyngienne, laryngienne etc.)** *Société de Biologie de Paris. 6. März 1886.*

Das Verfahren besteht in methodischer Abhärtung der Körpertheile, die leicht zur Verkühlung Anlass geben. Die Abhärtung wird erzielt durch Anblasen des Halses und des Kopfes mit zunehmend kalter Luft vermittelst eines Blasebalges. Die Füsse seien häufig in ein immer kälteres Wasser zu stecken.

E. J. MOURE.

7) P. W. Logan. **Eine bisher nicht beschriebene Mischform von atrophischer und hypertrophischer catarrhalischer Entzündung. (A mixed form of atrophic and hypertrophic catarrhal inflammation, heretofore undescribed.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. Nov. 1886.*

Diese Mischform zeigt nicht die gewöhnlichen Merkmale der hypertrophischen oder atrophischen Varietät der catarrhalischen Entzündung und die begleitenden Zustände scheinen für beide Processe, wie sie von den Autoren beschrieben werden, wenig characteristisch zu sein. Ein pathognomonisches Symptom der Mischform ist die Neigung zu einem Gefühl von Trockenheit der Nasen-, Rachen- und häufig auch der Kehlkopfschleimhaut. Die atrophischen Elemente herrschen

gewöhnlich bei Erwachsenen vor, die hypertrophischen bei Kindern. Was die Behandlung betrifft, so hält der Autor es für richtig, in beiden Fällen sie der atrophischen Entzündung anzupassen. LEFFERTS.

8) **Wm. Porter. Erysipel der oberen Luftwege. (Erysipelas of the upper air-passages.)** *New-England Med. Monthly. 15. Nov. 1886.*

Wenn, so meint P., das Erysipel sowohl infectiös als contagiös ist, was ist natürlicher als die Annahme, dass die Krankheit sich auf der Pharynx- und Larynxschleimhaut localisiren kann, welche zu allen Zeiten jedem Contagium, das in der Luft sich befindet, ausgesetzt ist? Obwohl nur wenige Fälle des Leidens berichtet werden, (er bezieht sich in dem Artikel auf die amerikanischen Fälle,) so ist es doch zweifellos, dass es sehr viele nicht mitgetheilte Fälle giebt. Er ist geneigt, die Entzündungen der oberen Luftwege, die bisweilen von jedem Arzt gesehen werden, und welche grosse Aehnlichkeit mit dem Hauterysipel haben, als Erysipele zu erklären. Operative Behandlung, Scarificationen und selbst die Tracheotomie werden in den passenden Fällen empfohlen. Den Catheterismus des Kehlkopfs hält er jedoch für mehr angezeigt als letztere. LEFFERTS.

9) **G. F. Crooke** (Birmingham). **Beitrag zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scharlachs. (A contribution to the pathological anatomy and histology of scarlatina.)** *Birmingham Medical Review. Juli 1886.*

Von besonderem Interesse in dieser Abhandlung ist die Beschreibung der Microorganismen, die bei Scharlach angetroffen wurden. Sie wurden hauptsächlich in den Präparaten der Halsorgane (Tonsillen, Uvula, Fauces, Epiglottis, Larynxschleimhaut) gezeigt, sowohl bei einfachen Fällen, als auch bei solchen, die mit Diphtherie complicirt waren. Eine weitere Besprechung würde hier nicht am Platze sein; wir verweisen daher die Interessenten auf das Original. M'BRIDE.

10) **G. F. Crooke** (Birmingham). **Beitrag zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scharlachs. (Contribution to the pathological anatomy and histology of scarlatina.)** *Birmingham Medical Review. September 1886.*

Es werden die Veränderungen, welche im Mund und Hals sich zeigen, eingehend besprochen; aber der Artikel eignet sich nicht zu einem Auszug und sollte im Original gelesen werden. M'BRIDE.

11) **Löri** (Pest). **Die krankhaften Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Nase bei der fettigen Degeneration des Herzens.** *Pester med. chir. Presse. No. 37. 1886.*

Löri beobachtete bei allen schwächenden oder Marasmus erzeugenden Krankheiten als: Chlorose, Scrophulose, Tuberculose, Morbus Brighti, Carcinomen, Diabetes mellitus, besonders aber ohne Ausnahme bei der fettigen Degeneration des Herzens, Atrophie der Kehlkopf-, Nasen- oder Rachenschleimhaut, und betrachtet dieselbe als wichtiges Symptom der fettigen Herzentartung, wenn er sie bei bejahrteren Kranken findet.

Der Ref. kann den Gedanken an zufällige Coïcidenz nicht unterdrücken, da Löri die Zahl der Beobachtungen nicht angiebt. CHIARI.

12) **Lang** (Innsbruck). **Syphilis und Krebs.** *Wiener med. Blätter. No. 41, 42. 1886.*

L. betont zunächst, dass schon Beobachtungen von Hutchinson, v. Langenbeck, F. Bowreman-Jessett vorhanden sind, nach denen Krebs auf dem Boden syphilitischer Infiltrate entstehen kann; besonders ist das der Fall an der Zunge; auch am Mundhöhlenboden sah L. ein krebsiges Geschwür aus syphilitischem Infiltrate hervorgehen.

In zwei Fällen konnte L. auch histologisch den Uebergang des syphilitischen Infiltrates in Carcinom nachweisen; der erste Fall ist schon in den „Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis", Wiesbaden 1884—86 p. 172 ff. beschrieben und zeigt das Nebeneinanderbestehen beider Krankheitsproducte in ihrer vollendeten Form, während in dem zweiten Falle „innerhalb eines ziemlich ausgebreiteten syphilitischen Infiltrates der Unterlippe wohl nur die ersten Anfänge einer atypischen Epithelwucherung auftraten, die jedoch nichtsdestoweniger bereits den Stempel einer destructiven Neubildung an sich trug." Schliesslich betont Lang die Schwierigkeiten der Differential-Diagnose in einzelnen Fällen und führt ein Beispiel an. Die histologische Untersuchung ist das einzig verlässliche in solchen Fällen. CHIARI.

13) **Bidenkap** (Christiania). **Ein Auszug aus Vorlesungen über Lepra. (An Abstract of lectures on Lepra.)** Christiania (Huseby & Co.) and London (Williams & Norgate). 71 Seiten. 1886.

Der Verf. giebt eine Beschreibung dieser Krankheit vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte, und kommt gelegentlich dazu, die Localisation der Krankheit in dem Munde, der Nasenhöhle, dem Rachen und dem Kehlkopfe zu berühren. Wenn die Krankheit einige Zeit gedauert hat, wird die Schleimhaut des Larynx, des Mundes und der Nase in derselben Weise wie die Haut afficirt. Zuerst werden der weiche Gaumen und die Uvula mit Infiltraten und Tuberositäten besetzt, von hier geht der Process theils nach vorne, theils nach hinten. Der Kehlkopf wird im Allgemeinen später afficirt. Die Stimme wird heiser, die Epiglottis ist geschwollen, und die Stimmbänder werden unregelmässig infiltrirt, so dass sie mit Tuberositäten besetzt erscheinen, schliesslich wird die Respiration durch zunehmende Infiltration der Larynxtheile erschwert, und oft ist die Tracheotomie indicirt. Noch später fangen die Infiltrationen an zu ulceriren, und oft werden die Knorpel der Nase und des Kehlkopfes destruirt und ausgestossen.

Der Arbeit sind mehrere sehr gut ausgeführte colorirte Abbildungen von Lepra des Schlundes und Kehlkopfes beigegeben. SCHMIEGELOW.

14) **Bruna** (Genua). **Vollständige Heilung von Lupus vulgaris durch Galvanocaustik.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 30. S. 500. 1886.*

In einem Falle erzielte Br. Heilung von Lupus ohne Narben, durch galvanokaustische Stichelung jedes Knötchens mit einer Stahlnadel von der Stärke einer Karlsbader Nadel. Die Nadel wurde in Abständen von 2—3 Mm. 2—3 Linien tief eingesenkt und in jeder Sitzung, die in 2—3tägigen Intervallen vorgenommen wurden, etwa 15—20 Knötchen zerstört. B. FRAENKEL.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **C. H. v. Klein. Die Rhinologie der Vergangenheit und Zukunft. (Rhinology of the past and in the future.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. Nov. 1886.*

Der Autor skizzirt die Vergangenheit der Rhinologie, indem er bis zu Herodot zurückgeht. Er zeigt, dass die ersten Rhinologen die Einbalsamirer waren, da sie Theile des Gehirns durch die Nase entfernten; ausserdem dienten sie als Strafvollstrecker für Ehebruch, indem sie die Nase des Schuldigen amputirten. Hierauf setzt er ernstlich fest, dass „aus allen historischen Berichten hervorgeht, dass die Rhinologie eine der meist cultivirten Specialitäten der medicinischen Kunst sei" und dass „zweifellos die Aegypter rhinoscopische Untersuchungen gemacht hätten", da der Gebrauch von Spiegeln unter ihnen ganz allgemein war. Probatum est!

Für die Zukunft dieser Kunst hegt er grosse Hoffnung. Denn „die Erleuchtung durch das Rhinoscop, die Untersuchung durch das Mikroscop, die Exstirpation durch den Galvanocauter, die Einathmungen durch den Spray werden die Rhinologie fruchtbringend und fortschreitend gestalten." Ja sogar der Tag ist nicht mehr fern, wo jede Diagnose der respiratorischen und verwandten Organe zuerst auf die oberen Luftwege Rücksicht nehmen wird. Mit solch einer Aussicht und einer so denkwürdigen Vergangenheit kann man nur sagen: Gesegnet ist in der That derjenige, welcher Rhinologe ist. LEFFERTS.

16) **C. Benda (Berlin). Fall von Hyperrhinencephalie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51. S. 889. 1886.*

Zwei Höcker an einem 3—4 Monat alten Fötus, die den Eindruck von Augen machten, erwiesen sich bei näherer Untersuchung als die Spitzen der Bulbi olfactorii (Rhinencephalon), die hypertrophisch waren, daher der Name Hyperrhinencephalie. B. FRAENKEL.

17) **Emil Fischer und Penzoldt (Erlangen). Ueber die Empfindlichkeit des Geruchsinnes.** *Sitzungsberichte der physik. med. Societät in Erlangen. Heft 18. 1886.*

Die Verf. stellten in einem 230 Cubikmeter Luft haltenden Saale mit aller Genauigkeit Versuche an über die Perceptionsfähigkeit verschiedener Gerüche von Seiten des normalen Geruchsorgans. Sie prüften namentlich das Chlorphenol und das Mercaptan. Von ersterem wurden noch $^1/_{4600000}$ Milligramm, von letzterem sogar noch $^1/_{460000000}$ Milligramm! deutlich gerochen. Die Verfasser empfehlen das Mercaptol (1,0 kostet 0,27 Mark) zu Versuchen über Luftströmungen, Diffusion von Gasen bei Prüfung von Ventilationsvorrichtungen oder bei geologischen und bergmännischen Studien über Spalten etc. SCHECH.

18) **Max Schäffer (Bremen). Rhinologische Mittheilungen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1886.*

Drei Fälle von Epistaxis.

1. Bei einem durch vieles Bluten schon ganz anämisch gewordenen Manne fand Verf. 1 Ctm. vom Naseneingange entfernt auf der rechten Seite des Septum eine flache Mulde von 5 Pfennigstückgrösse, gegenüber in der linken Nasenhälfte eine

Markstückgrosse Erhabenheit, weich, elastisch, fluctuirend. Heilung durch galvanocaustisches Ueberstreichen der Mulde und Einführen eines spitzen Galvanocauters in 3 rabenfederdicke Gefässe.

2. 24jähriger Mann, bei dem schon Nasenbluten eintrat, wenn er sich bückte. Am linken Sept. cartilag. kleine Kruste, rechts eine Markstückgrosse fluctuirende Erhabenheit; Heilung durch Galvanocaustik.

3. Ebenso. Verf. macht desshalb aufmerksam, nicht nur die betreffende blutende Seite, sondern auch die gegenüberliegende zu untersuchen, — die Blutungen kamen offenbar aus aneurysmatischen Capillaren der A. ethmoid. anter.

Schleimpolypen der rechten Kieferhöhle.

Fortbestehen heftigster Supra-Infraorbital-Alveolar-Neuralgie trotz Entfernung zahlloser Schleimpolypen aus der Nase einer Frau; ebenso nach Entfernung eines schadhaften Backzahnes; als Verf. mit seiner scharfen Löffelsonde in den Sinus maxill. einstiess, fand er Eiter und zahlreiche Polypen, welche er durch Auskratzen des Sinus dauernd entfernte.

Cyste der Nasenschleimhaut.

An dem vorderen Ende der rechten Muschel eine blassrothe, wallnussgrosse, in den Nasenboden sich verlierende, deutlich fluctuirende Geschwulst, aus der sich helle Flüssigkeit entleerte. Heilung durch Incision und Aetzung mit Chromsäure.

Adenoide Vegetationen in der Rosenmüller'schen Grube.

Verf. bestätigt mit Meyer contra Trautmann das Vorkommen adenoider Wucherungen in den Recessus pharyng und illustrirt es durch drei hübsche Fälle.

Dass zuweilen adenoide Wucherungen soweit herabreichen, dass sie bei leichter Contraction des Velum gesehen werden können, kann Ref. mit dem Verf. bestätigen. (Ebenso der Herausgeber.)

Aphonie als Reflexneurose von der Nase ausgehend.

Leichte Rhinitis hypertrophica, Aphonie; Faradisation des Larynx völlig erfolglos; Heilung der Aphonie nach galvanocaustischer Behandlung der Nase. In einem anderen Falle gelang die Heilung trotz Nasenbehandlung nicht.

Rachenhusten.

Bei einem 12- und einem 11jährigen Knaben verlor sich der abscheuliche bellende Crouphusten erst nach galvanischer Cauterisation einiger unbedeutenden Granula der Hinterwand resp. der seitlichen Rachentheile. SCHECH.

19) **J. S. Haynes. Cocainspray gegen Epistaxis und Nasenchirurgie im Allgemeinen. (Cocaine spray in epistaxis and nasal surgery generally.)** *Therapeutic gazette. Detroit, 15. Juli 1886.*

Er berichtet einen Fall von Ileotyphus, bei welchem wiederholte Anfälle von Epistaxis ausnahmslos gestillt wurden, sobald man eine 2procentige Cocaïnlösung in die Nase spritzte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **G. G. van der Ven. Epistaxis.** *Geneesk. Courant. XL No. 5. Tiel, 1886.*

Dem Referenten nicht zugänglich. BAYER.

21) **F. B. Eaton. Hypertrophischer Catarrh der vorderen Nasenhöhle als Ursache chronischer catarrhalischer Taubheit; erläutert durch Experimente am eigenen Ohr und einen einschlägigen Fall. (Hypertrophic catarrh of the anterior nares as a cause of chronic catarrhal deafness; illustrated by auto-aural experiments and a case.)** *Archives of Otology. Vol. XV. No. II. und III. Juni, September 1886.*

Der Zweck der Arbeit ist, den Ausspruch von Woakes nachdrücklich zu bestätigen, dass der untere Nasengang in Wirklichkeit die physiologische Verlängerung der Tuba Eustachii ist; dass ein Verschluss des ersteren pathologisch einem solchen der letzteren gleichsteht, und dass er zugleich wichtige Consequenzen rücksichtlich der Integrität der Paukenhöhle nach sich zieht. Diese Ansicht von der physiologischen Function des unteren Nasenganges ist logisch gerechtfertigt als eine nothwendige Folgerung aus dem zuerst von Politzer 1868 berichteten Phänomen, welches derselbe mit dem Ohrmanometer demonstrirt hatte, dass nämlich die Luft in der Paukenhöhle verdünnt wird, wenn man bei verschlossenem Mund und Nase schlucken lässt. Um dieses zu beweisen stellte Eaton Experimente an sich selbst an (das Trommelfell seines linken Ohrs ist in Folge von Scharlach zerstört, in dem rechten Ohr besteht noch ein schmaler Rand desselben). Er befestigte sorgfältig Politzer's Manometer im Gehörgang während er den Valsalva'schen Versuch und den Schluckact ausführte und das Resultat notirte. Diese letzteren bestätigten vollständig die oben ausgesprochenen Ansichten. Die Details der drei Experimente finden sich in dem Originalartikel, ebenso die eines Falles von Ohrenklingen, welches durch Zerstörung der vorderen Nasenhypertrophieen mittels des Galvanocauters geheilt wurde. LEFFERTS.

22) **F. M. Rumbold. Der Einfluss der chronischen Rhinitis auf die Conjunctiva, erläutert durch einen Fall. (The influence of chronic rhinitis on the membrana conjunctiva, illustrated by a case.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. November 1886.*

Geschichte eines Falles, welcher ein wohlbekanntes Factum bestätigt.
LEFFERTS.

23) **Ziem. Ueber das Zusammentreffen von Trachom der Bindehaut mit Catarrhen der Nasenschleimhaut.** *Allgemeine med. Central-Zeitung. No. 23. 1886.*

Während Scheff das Trachom für die Entstehung chronischer Rhinitis verantwortlich macht, nimmt Z. drei Möglichkeiten an, dass 1. beide Schleimhäute nebeneinander durch eine gemeinsame Ursache unabhängig von einander erkranken, 2. dass die Erkrankung der Nasenschleimhaut von einer Erkrankung der Bindehaut, 3. die Erkrankung der Bindehaut von einer Erkrankung der Nase abhängt. So kann z. B. durch verdorbene Luft eine Erkrankung der Bindehaut und der Nase gleichzeitig entstehen; gegen die Auffassung von Scheff spräche nur die Erfahrung, dagegen könne in Folge von einer Nasenerkrankung Thränenstauung eintreten und das catarrhalisch afficirte Secret der Bindehaut zur Aufnahme der in der Luft suspendirten Contagien des Trachoms empfänglicher sein als eine gesunde Bindehaut. SCHECH.

24) **Thos. R. French. Der Einfluss der Krankheiten der Nasenwege auf andere Theile des Respirationsapparats. (The effects of diseases of the nasal passages on other portions of the respiratory tract.)** *N.-Y. Med. Journal. 13. November 1886.*

Die Erkrankungen der Nasenwege können auf drei Weisen Störungen in anderen Theilen des Respirationsapparates hervorrufen: 1. durch catarrhalische Secrete. 2. Indirect durch Erzeugung der Gewohnheit der Mundathmung. 3. Durch Reflexreiz.

Zu 1 bemerkt Fr., dass der obere Rand der hinteren Larynxwand sich dicht gegen die hintere Pharynxwand andrängt, so dass der Schleim- oder schleimigeiterige Strom vom Pharynx in die Larynxhöhle abfliesst. In vielen Fällen bezeichnet ein breiter und gutbegrenzter Streifen der erkrankten Schleimhaut den Weg, welchen das Secret von der hinteren Nase zur Oeffnung des Oesophagus und von da über die Giessbeckenknorpel abwärts zur hinteren Larynxwand bis zu den Stimmbändern nimmt. Pharynx- und Larynxcatarrh sind deshalb die gewöhnliche Folge einer catarrhalischen Entzündung der Nasenschleimhaut.

Sind die Nasenwege verstopft und tritt Mundathmung ein, so entsteht bald. aus leicht ersichtlichen Gründen, eine catarrhalische Entzündung des Pharynx und Larynx. Es folgt Dyspepsie und die Allgemeinernährung leidet, weil die Nahrung unvollständig gekaut wird, da der Mund zu Athmungszwecken gebraucht wird.

Unter dem Capitel des Reflexreizes bespricht der Autor den Laryngospasmus, Husten, Bronchialasthma, Kopfschmerz und die Neuralgie des Facialis, und er beschliesst seine Abhandlung mit einem kurzen Hinweis auf die Frage über die Aetiologie und Therapie des Heufiebers. LEFFERTS.

25) **Thos. J. Mays. Der Nasenreflex. Eine neue Methode zur Bestimmung der local sensorischen Wirkung von Heilmitteln. Eine vorläufige Notiz. (The nasal reflex. A new method for determining the local sensory action of drugs. A preliminary note.)** *Philadelphia Med. News. 20. November 1886.*

Mays bemerkt, dass es nicht, wie allgemein geglaubt wird, so leicht ist, zwischen der local sensorischen und motorischen Wirkung der Mittel zu unterscheiden. Es ist dies besonders schwer, weil in anderer Hinsicht die Wirkung zweier Mittel ganz analog ist. Die Untersuchung, welche er empfiehlt, ist folgende: 5 oder 6 Tropfen einer 1—2procentigen Lösung des zu untersuchenden Mittels werden langsam mittelst eines Tropfenzählers oder einer hypodermatischen Spritze in ein Nasenloch eines mittelgrossen Frosches in Intervallen von 3—5 Minuten eingeträufelt. Der Nasenreflex wird dadurch untersucht, dass man das Ende eines sehr dünnen Drahtes (wie man ihn braucht um die Nadel der Pravaz-schen Spritze durchgängig zu erhalten) in das Nasenloch, welches unter dem Einfluss des Mittels steht, einführt, ebenso wie in das Nasenloch der anderen Seite und nunmehr die Wirkung vergleicht. Der Nasenreflex ist äusserst empfindlich und zeigt die geringste Störung seiner Intactheit an. LEFFERTS.

26) **Thos. F. Rumbold. Die besondere Hygiene für Asthmatiker und solche Personen, welche an juckender Rhinitis (Heufieber etc.) leiden. (The special hygiene of asthmatics and those suffering from pruritic rhinitis (hay-fever etc.)** *American Practitioner and News. 11. December 1886.*

Die hygienischen Massnahmen, welche empfohlen werden, sind in der That sonderbar und, wie wir glauben, dem Autor eigenthümlich. Wenige Auszüge, die wir auf's Geradewohl unter den vielen Directiven geben, werden dies beweisen. Die Patienten sollen nicht baden, sie dürfen sich nur mit Vaselin und „einem wollenen Tuch" reinigen, was um so schwieriger ist, da sie drei Reihen Unterkleider tragen sollen, ferner zwei paar Strümpfe und eine leichte Kopfbedeckung zu jeder Zeit. Frauen müssen Tag und Nacht gefütterte Hauben tragen und, wie besonders bemerkt wird, keine elastischen Strumpfbänder. Kahlköpfige Patienten sollen eine Perrücke tragen, mögen sie einen „juckenden" oder einen einfachen Catarrh haben. Das Haar soll so lang wachsen, bis es den Rock oder Kragen berührt, sowohl bei Männern wie bei Frauen. Wenn der Patient Bewegung nöthig hat, so soll er „in einem ganz dunklen Zimmer sich bewegen, wo ein Stück Eis aufgehängt ist, damit die Temperatur 4—8 ° R. unter der Aussentemperatur sei." „Das ist", so meint der Autor, „gewöhnlich ganz erfrischend". Ausserdem ist es gegen der Vorschrift, sich der Nachluft auszusetzen, oder „sich unter irgend welchen Umständen zu ärgern". Ein schwieriges Ding, meinen wir, wenn man obige Vorschriften befolgen soll und noch viele andere, welche in dem Originalartikel zu finden sind. LEFFERTS.

27) **Köhler** (Posen). **Zwei Fälle von Heufieber.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. 23. S. 378. 1886.*

Die Fälle betrafen Deutsche, einen Mann und einen Knaben von 14 Jahren. Sie wurden beide durch die Application des Galvanocauters gegen die hyperplastischen unteren Muscheln geheilt. B. FRAENKEL.

28) **S. O. Richey. Prophylaxe bei Heufieber. (Prophylaxis in rhinitis sympathetica.)** *Chicago Med. Journal and Examiner. December 1886.*

Der Autor hält dafür, dass ungenügender Schutz des Körpers und besonders der Rückengegend gegen ausgesprochene und schnell wiederholte Temperaturänderungen die erste Ursache für die Krankheit ist. Das Heilmittel ergiebt sich von selbst. LEFFERTS.

29) **J. E. Logan. Einige Fälle von Heufieber und seinen Complicationen. (A few cases of hay-fever and its complications.)** *Kansas City Med. Record. Oct. 1886.*

Ein Bericht über fünf Fälle, welche mit den üblichen Mitteln mit Erfolg geheilt wurden. LEFFERTS.

30) **Munk** (Duna Szerdahely, Ungarn). **Ueber einen Fall von Niesskrampf. Heilung durch Cocaïnum muriaticum.** *Wiener med. Presse. No. 51. 1886.*

Ein 10jähriges Mädchen leidet seit mehreren Jahren an langdauernden Niesskrämpfen; durch Einträufelung von 2—3 Tropfen einer schwachen Cocaïn-Lösung wurden dieselben für immer beseitigt. CHIARI.

31) **Maximilian Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Die Beziehungen der erkrankten Nasenschleimhaut zum Asthma und dessen rhinochirurgische Heilung.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 22. S. 371. 1886.*

Der Aufsatz Br.'s ist ein Essay, den die Redaction der Deutschen medic. Wochenschr., augenscheinlich als Einleitung der in ihren Spalten erscheinenden längeren Discussion über dasselbe Thema im Verein für innere Medicin veranlasst hat. Als solcher dient er zur Aufklärung des grösseren ärztlichen Publicums, und dies in seiner Art in sehr guter Weise, enthält aber für den Specialisten wenig Neues. Neben geschichtlichen und aufklärenden Bemerkungen werden die bekannten Ansichten des Verf.'s darin wiedergegeben: Die Annahme, dass chronische Catarrhe der obersten Luftwege bei allen an nervösem Asthma Leidenden vorhanden seien, die Beschränkung des normalen und die Erweiterung des pathologischen Befundes, ohne Rücksicht auf die pathologische Anatomie lediglich nach klinischen Gesichtspunkten, die Verwerfung der Nasendouche, die Aufstellung, dass die Verhinderung der Schwellbarkeit der Nasenschleimhaut das Ziel der Therapie sei, und den Vorschlag, dies durch Galvanokaustik und die nach des Verf.'s Methode angewandte Chromsäure zu erzielen. Daneben finden sich Bemerkungen über mangelhafte Schulung, handwerkmässigen Betrieb etc. Warnungen, sich durch erste Misserfolge von dem eingeschlagenen Wege nicht abbringen zu lassen, und andere Gedanken, die sich recht gut lesen und denen zu wünschen ist, dass sie Beherzigung finden. B. FRAENKEL.

32) **L. de Gennaro. Beitrag zum Studium der Reflexneurosen nasalen Ursprungs, sowie der Folgen der chronischen Rhinitis. (Contributo allo studio delle nevrosi riflesse d'origine nasale e degli effetti della faringite cronica.)** *Archivii it. di Laringologia. Fasc. 3 e 4. 1886.*

Verf. referirt die bekannten Ansichten der neueren Autoren und bringt zwei eigene Beobachtungen.

Ein nervöser, mit einem Nasenpolypen behafteter Mann litt an Spasmus glottidis, Husten, Heiserkeit, Kopfweh, Schwindel etc. Nach Entfernung des Polypen schwanden sämmtliche Erscheinungen.

Ein anderer ebenfalls nervöser Kranke litt an nächtlichen Erstickungsanfällen, Verdauungsstörungen etc. Der objective Befund ergab chronische hyperplastische Rhino-pharyngitis, deren Heilung die genannten Erscheinungen beseitigte.

Verf. hält die Theorie derjenigen Autoren für rationeller, welche nicht wie Baratoux u. Hack besondere reflexerregende Zonen annehmen, sondern der ganzen Nasenschleimhaut diese Eigenschaft zuschreiben. Dabei huldigt er der Ansicht Rossbach's und Anderer, dass das Nasenleiden nur eine Gelegenheitsursache für das Auftreten der Reflexneurosen abgebe, und dass die Grundursache in einem pathologischen Verhalten (Hysterie, Neurasthenie) des Individuums zu suchen sei.

KURZ.

33) **B. Raaf. Zur Therapie des Asthma bronchiale von der Nase ausgelöst.** Dissertation. Bonn. Hauptmann. 1886.

Dem Referenten nicht zugänglich. SCHECH.

34) **Ziem. Ueber neuralgische und nervöse Begleiterscheinungen bei Nasen- und Rachenkrankheiten.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 8 u. 9. 1886.*

Zweck der Arbeit ist, über die näheren Ursachen der bei Nasenrachenaffectionen so häufig auftretenden neuralgischen und nervösen Erscheinungen Aufklärung zu geben, was dem Verf., der sein Thema mit grosser Gründlichkeit behandelt, meistentheils gelungen sein dürfte. Neuralgien haben relativ selten in Erkrankung der Nasenhöhlen ihren Grund; abgesehen von ulcerativen mit Caries und Necrose einhergehenden Affectionen muss man stets an eine Erkrankung der Nebenhöhlen denken. Ciliarneuralgie, Schmerzen im innern Lidwinkel beim Schnupfen sind auf Circulationsstörungen zurückzuführten. Bei der Entstehung des Scheiteldruckes spielen Blutüberfüllungen des Sinus longitudinalis sup. und des Emissarium pariet. sowie Lymphstauungen die Hauptrolle. Hinterhauptschmerz bei Nasenrachenaffectionen kann durch Neuralgie des Ramus pharyng. vagi erzeugt werden; die im Gefolge von Cysten der Bursa pharyngea auftretenden Schmerzen erklärt Z. aus dem Drucke der Cyste auf die M. recti capitis anter., zwischen denen die Bursa angebracht ist. Die neuralgischen Erscheinungen in entfernten Körpertheilen sind schwer zu erklären, vielleicht liegen denselben infectiöse Processe, Metastasen in Folge von übersehenen Nebenhöhleneiterungen etc. zu Grunde. Schwindel, Unlust zu geistiger Arbeit sind die Folgen der durch die Nasenverstopfung erzeugten Circulationsstörungen im Gehirne. Alpdruck, Enuresis nocturna, Pavor und Epilepsie entstehen in Folge von Kohlensäureintoxication, venöser und lymphatischer Stase; Ref. kann sich dieser neuerdings auch von Erlenmayer vertheidigten Ansicht nur anschliessen; das vielverlästerte „Schwellgewebe“ spielt gerade hier eine sehr wichtige bisher allzusehr unterschätzte Rolle. Globus hystericus, Oesophagismus, Husten sind relativ häufige Erscheinungen bei Erkrankungen der hintern Theile der Nase und des Nasenrachenraumes; Keuchhustenanfälle sind neuerdings wiederholt von der Nase aus geheilt oder gebessert worden. Die die Tonsillenhypertrophie begleitende Aphonie ist keine Reflexerscheinung, sondern Folge von Uebermüdung der Stimm- und Rachenmuskeln. Niesanfälle kommen namentlich bei periodischen Verschwellungen der Nasenhöhlen vor. SCHECH.

35) **Réthi** (Wien). **Ueber Reflexneurosen, bedingt durch Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes.** *Wiener med. Presse. No. 37, 38 u. 39. 1886.*

Nach kurzer Besprechung von 7 einschlägigen Fällen und der einschlägigen Literatur formulirt R. seine Ansicht dahin, dass bei einer gewissen Disposition des Trigeminus reflectorisch Neurosen hervorgerufen werden können von den verschiedensten Punkten der Nase und des Nasenrachenraumes, wobei Füllung der Schwellkörper eintreten oder fehlen kann. Die Therapie besteht in Aetzung oder Zerstörung der erkrankten Stellen; die Prognose ist unsicher, weil man den Grad der Affection des Trigeminus nicht kennt. CHIARI.

36) **L. Góngora** (Barcelona). **Beitrag zum Studium der Erkrankungen der unteren Nasenmuscheln, hervorgerufen durch Hyperämien des cavernösen Gewebes. (Contribucion al estudio de las afecciones sostenidas por estados hiperémicos del tejido cavernoso de las cornetes nasales inferiores.)** *Memorias de la Sociedad espanola de Laringologia etc. Barcelona. 2. Secion. 1886.*

Der Autor beginnt seine Arbeit mit einer kurzen Geschichte der in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Nasenhöhlen gemachten Fortschritte. Ein genaues Studium der auf die Nasenschleimhaut wirkenden Agentia und der leichten Erregbarkeit ihres Nerven- und Gefässsystems giebt, dem Verfasser zufolge, die Erklärung der Häufigkeit der Hypertrophien der Muscheln, besonders der unteren. Unter 537 Individuen mit verschiedenen Affectionen der respiratorischen Wege, die er während des Sommers 1886 rhinoscopisch im Bade Puda untersuchte, fand er in 342 Fällen Hypertrophie des cavernösen Gewebes der einen oder beider Muscheln.

Er bespricht dann die localen und reflectorischen Symptome, erwähnt der Arbeiten von Voltolini, Hack, Sommerbrod, Götze u. A. m. und citirt fünf Fälle seiner Privatpraxis, bei welchen asthmatische Anfälle von Erkrankungen der Nase abhängig waren und mit deren Heilung verschwanden.

Die Therapie besteht in Nasendouchen, der Anwendung örtlicher adstringirender Mittel und des Galvanocauters. A. KISPERT.

37) **L. Góngora** (Barcelona). **Varicöse Geschwüre des hinteren unteren Theiles des Septums und der correspondirenden Oberfläche der rechten Nasenhälfte. Wiederholte Epistaxis in unbestimmten Zwischenräumen, welche 3 Jahre hindurch den Verdacht auf Haemoptysis hervorrief. Klärung der Diagnose durch die rhinoscopische Untersuchung. Heilung durch Galvanocaustik und die Schwefelwässer von Puda. (Ulcera varicosa de la parte posterior inferior del tabique nasal en la cava correspondiente à la fosa derecha. Epistaxis repetidos à intervalos indeterminados, que por espacio de tres anos sostiene la sospecha de hemoptisis. Aclaracion del diagnostico por el examen rinoscópico. Curacion por la galvano-caustica y las aguas sulfuradas-sódicas de la Puda.)** *Memorias de la Sociedad espanola de Laringologia etc. 2. Secion. Barcelona. 1886.*

Eine klinische Beobachtung und Aufzählung der Einzelheiten des Falles. Es wird die Wichtigkeit der Rhinoscopie zur Stellung der Diagnose hervorgehoben und zugleich dargethan, dass durch diese Methode es ermöglicht ist, den Punkt, von dem aus die Hämorrhagien erfolgten, aufzufinden. Vor Anwendung dieser Methode wurde die Diagnose nicht richtig gestellt. A. KISPERT.

38) **H. Burckhardt. Angiom der Nasenscheidewand.** *Bericht über den Betrieb des Ludwigs-Spitals Charlottenhilfe in Stuttgart. 11. 1884/85.*

Dem Referenten unzugänglich. SCHECH.

39) **W. Mandelbaum** (Odessa). **Ueber Rhinoscleroma. (O Rinosclerome.)** *Wratsch. No. 38. 1886.*

Verf. stellt einen Fall von Rhinoscleroma vor, und hält, an ihn anknüpfend, einen Vortrag über den jetzigen Stand der Lehre dieser Krankheit. Die klinische

Diagnose wurde durch die mikroscopischen und bacteriologischen Untersuchungen (ausgeführt von Kranzfeld) bestätigt. Patient wurde mit Milchsäure, nach den Angaben von Mosetig, behandelt. Es trat sehr bald eine bedeutende Besserung ein, jedoch entzog sich der Patient, vor einer vollkommenen Genesung, der Behandlung. Kranzfeld ist es gelungen vollkommen reine Culturen zu erhalten.

LUNIN.

40) **Dreschfeld** (Manchester). **Rhinosclerom. (Rhinoscleroma.)** *Brit. Med. Journ. 6. November 1886.*

D. zeigte in der Manchester Pathological Society einen Gewebsschnitt von Rhinosclerom. Das Präparat, welches von Dr. Payne aus London gemacht worden war, zeigte zahlreiche Bacillen, welche den von Paltauf gefundenen ähnlich waren. (Das Präparat stammt von dem im Centralblatt Jahrg. II, S. 59 und 430 beschriebenen Falle. Red.)

A. E. GARROD.

41) **N. Wolkowitsch** (Kiew). **Ueber Rhinoscleroma. (K woprosu o rinosclerome.)** *Wratsch. No. 47. 1886.*

In der russischen Literatur findet sich nur ein Fall dieser Krankheit beschrieben, während die zahlreichen Fälle, die in der österreichischen Literatur veröffentlicht sind, meist aus Gegenden stammen die an Russland grenzen. Verf. meint, diese Krankheit sei bei uns auch schon häufiger beobachtet aber nicht erkannt worden, und werde als Lupus hypertrophicus, Polypen und Syphilis beschrieben, denn sonst könne er sich den Umstand kaum erklären, wie er im Verlaufe von 2 Jahren 7 Fälle hätte beobachten können. Die Krankengeschichten dieser Beobachtungen will Verf. später veröffentlichen, jetzt theilt er nur die Resultate seiner mikroscopischen Untersuchungen und seiner Züchtungsversuche mit. In allen Fällen fand sich eine hyaline Degeneration des erkrankten Gewebes und die Veränderung betraf sowohl die Zellen selbst, als auch die Intercellularsubstanz. In einigen Präparaten trat eine starke Entwickelung des Fasergewebes mit stellenweise narbigem Charakter in den Vordergrund. Ferner fanden sich im erkrankten Gewebe Mikroorganismen und zwar in Form von kurzen Stäben, von denen einige aus zwei Kugeln zu bestehen schienen. Einige Stäbchen waren von einem leicht gefärbten Saume umgeben. Die Stäbchen lagen sowohl in den Zellen, wie in der Intercellularsubstanz, in welcher sie bisweilen in Reihen oder Gruppen angeordnet getroffen wurden, also wahrscheinlich in den Lymphräumen oder Gefässen lagen.

Es gelang dem Verf., auf Fleischpepton-Gelatine und Fleischpepton-Agar-Agar Reinculturen zu erhalten. Die Resultate der mikroscopischen Untersuchungen und der Züchtungsversuche des Verf.'s stimmen mit denen Cornil's überein.

Hinsichtlich des klinischen Verlaufs stimmt Verf. den Autoren bei, welche annehmen, diese Krankheit könne auch im Larynx beginnen, und vielleicht ist die sogen. Störk'sche Blennorhoea laryngis auch ein Scleroma des Larynx. Diese Frage könnte nur durch die mikroscopische Untersuchung entschieden werden; leider liegen aber solche noch nicht vor. In einem von den vom Verf. beobachteten Fällen hatte die Krankheit aller Wahrscheinlichkeit nach im Larynx begonnen.

Zum Schluss schlägt Verf. vor diese Krankheit Scleroma respiratorium zu nennen, da sie, wie es scheint, den ganzen Respirationstractus befallen kann.

LUNIN.

42) **Paltauf** (Wien). **Reinzüchtungen der Rhinosclerom-Bacterien.** Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 22. October 1886. *Anz. der Gesellschaft der Aerzte. No. 26. 1886.*

Paltauf und Eiselsberg fanden ovale Coccen und kurze Bacillen, ähnlich wie Frisch, Cornil, Alvarez. Dieselben wurden in sechs Fällen rein gezüchtet; sie gedeihen auf Nährgelatine, Agar, Blutserum, Kartoffeln und zeigen grosse Aehnlichkeit mit den Friedländer'schen Pneumonie-Bacterien; sie unterscheiden sich jedoch constant in der Virulenz. Sie erzeugen besonders bei Mäusen Entzündungen: einen dem Rhinosclerom ähnlichen Process zu erzeugen, ist nicht gelungen. Wegen des oft sehr zahlreichen und constanten Vorkommens der Bacterien im Rhinoscleromgewebe sind sie trotzdem als die Krankheitserreger anzusehen.

Ausführlicheres findet man in „Fortschritte der Medicin" 1886, No. 19 Bd. IV, „Zur Aetiologie des Rhinoscleroms" von denselben Autoren. CHIARI.

## c. Mundrachenhöhle.

43) **J. Sauer. Ein Fall von traumatischer Hypoglossus- und Accessoriuslähmung.** Aschaffenburg. J. W. Schnippner. 1885.

Dem Referenten nicht zugänglich. SCHECH.

44) **L. Heusner** (Barmen). **Eine Beobachtung über den Verlauf der Geschmacksnerven.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 44. S. 758. 1886.*

Ein Patient zeigte, wahrscheinlich in Folge tuberculöser Caries der Schädelknochen, links u. A. Anosmie und vollkommene Anästhesie im Bereiche des ersten und zweiten Trigeminus-Astes, während der dritte Ast dieses Nerven, sowie der Facialis und Glossopharyngeus frei blieben. Da nun der Patient links an der Zungenspitze Ageusie hatte, so folgert H. mit Schiff u. A., dass die Geschmacksnerven, die vom Lingualis durch die Chorda an den Facialis herantreten, nicht in diesem verbleiben, sondern denselben im Knie wieder verlassen und durch Petrosus superf. major, Vidianus, Ganglion sphenopal. dem zweiten Ast der Trigeminus zugeleitet werden. B. FRAENKEL.

45) **Gley. Ueber Geschmacksnerven. (Des nerfs du goût.)** *Soc. de Biologie de Paris. 13. Februar. — Semaine méd. 17. Februar 1886.*

G. durchschnitt bei Hunden die sensitive Wurzel des Trigeminus und fand regelmässig eine Veränderung. oder gänzliches Schwinden der reflectorischen Speichelabsonderung. G. glaubt daraus schliessen zu dürfen, dass die Geschmacksfasern der Corda tympani vom Trigeminus herrühren. Doch hält er noch weitere Forschungen für nöthig. E. J. MOURE.

46) **F. Hering** (Warschau). **Nervöse Affectionen bei Rachenerkrankungen. (O niektörych zaburzeniach nerwowych, towarzyszacych cierpieniom gardzieli.)** *Gazeta lekarska. No. 6. 1886.*

Verf. berichtet über einige Fälle von exquisitem Rachenhusten.

Der erste Fall wurde bei Pharyngitis lateralis sinistra beobachtet, die

Hustenanfälle konnten durch Berührung des geschwollenen Stranges künstlich hervorgerufen werden. Heilung nach Aetzungen des erkrankten Theiles mit Argent. nitr. in subst.

Der zweite Fall betrifft eine 37jährige Dame, bei der die Lungen gesund waren und im Larynx nur eine leichte Trübung der Mucosa in der Rimula zu sehen war. Hinter dem rechten Gaumenbogen befand sich eine inselförmige Erhebung, bei deren Berührung krampfhafte Hustenanfälle, die spontan seit längerer Zeit auftraten, ausgelöst wurden. Heilung nach Ausbeizen der Granulation mit Chromsäure.

Der dritte Fall von Rachenhusten betrifft ein 17jähriges Mädchen: Hervorgerufen wurde der schon längere Zeit dauernde Husten durch leichte Berührung der etwas hypertrophischen und gerötheten linken Mandel.

Ein vierter Fall von eigenthümlicher Complication nach einer galvanocaustischen Aetzung bei Pharyngitis granulosa betrifft einen 13jährigen Schüler, bei dem sofort nach der Cauterisation im Rachen, sich ähnlich wie in dem von Hack beschriebenen Falle, Torticollis und heftige Nackenschmerzen entwickelten, die acht Tage dauerten und zugleich mit dem Abfallen der Schorfe verschwanden.

AUTOREFERAT.

47) **Ziem. Zur Pathologie der Lippen.** *Allgemeine med. Central-Zeitung. No. 68 u. 69. 1886.*

Die Hypertrophie der Lippen bei Scrophulösen beruht nach Z.'s Ansicht nicht auf einer Entmischung der Säfte, sondern auf einer örtlichen Circulationsstörung. Nicht nur die Circulation der Lymphe ist gestört, sondern auch der venöse Abfluss; sehr häufig sind chronische Nasenerkrankungen die Ursachen der Stauung. Die Ansicht Z.'s, dass die chronische Verdickung der Lippen somit nur im hypertrophischen, mit Obstruction der Nase einhergehenden, nicht im atrophischen, mit Eiterung verbundenen Stadium angetroffen werde, dürfte kaum eine Bestätigung finden.

SCHECH.

48) **S. Solis Cohen. Ein Beispiel von directer Infection des Gewebes durch Tuberkel. (An example of direct infection of tissue by tubercle.)** *Medical News. Philadelphia, 11. September 1886.*

C. berichtet einen Fall von Tuberculose der Lungen und des Kehlkopfs bei einem 42jährigen Mann; am Rande des Zahnfleisches des Oberkiefers befand sich eine quer durch den Sulcus zwischen Zahnfleisch und Oberlippe sich erstreckende tuberculöse Ulceration. An den Theilen der Lippe, welche mit dem Geschwür in Berührung sind, zeigten sich zahlreiche Stellen frischer Infiltration mit Tuberkelknötchen, offenbar durch directe Infection erzeugt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **P. F. Harvey. Chronische Hyperplasie der Mundschleimhaut mit Verhornung des Epithels. (Chronic hyperplasia of the oral mucosa with cornification of its epithelium.)** *International Journal of the Medical Sciences. Juli 1886.*

Eine erschöpfende Besprechung der Literatur über Leucoplakia buccalis und verwandte Affectionen nebst einem kurzen Hinweis auf fünf vom Autor beobachtete Fälle. Wir sind nicht im Stande, in einem Auszuge dem Artikel gerecht zu werden; empfehlen aber denjenigen, welche sich für diesen Gegenstand interessiren, eine sorgfältige Lectüre desselben.

M'BRIDE.

50) **Federn** (Wien). **Vorschlag zur Behandlung der Gingivitis blennorrheica.**

F. beobachtete an sich selbst Lockerung einiger Zähne und Taschenbildung am Zahnfleische in der Umgebung derselben. Durch Galvanocaustik wurde diese Tasche zum Verschlusse gebracht, worauf sich das Zahnfleisch fester an den Zahn anlegte. F. beobachtete dasselbe Verhalten bei mehreren Zähnen und empfiehlt diese Behandlung als erfolgreich um den Process zu verlangsamen. CHIARI.

51) **Alfred Lanz** (Moskau). **Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme mit Betheiligung der Mund- und Rachenschleimhaut.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 41. S. 696. 1886.*

In einem Falle von acutem Erythema, welches, anscheinend ohne jede Behandlung, jedoch mit Abschuppung endete, fanden sich an der Unterlippe, an den Mundwinkeln, an der Wangenschleimhaut, und links am weichen und harten Gaumen Erosionen. Dieselben hatten eine unregelmässige Form, bluteten leicht und waren von einem hellrothen Saum umgeben; an einigen Stellen sass das Epithel, obzwar schon gelockert, noch auf; diese Stellen erschienen getrübt von weissgrauer Farbe. Dieses Aussehen und die Rapidität der Entwickelung führt Verf. als kennzeichnend für das Erythem im Gegensatz zu den syphilitischen Papeln an und betont die Seltenheit des Vorkommens von Erythem der Schleimhaut, welches übrigens Hebra, Lipp, Pospelow, Kühn u. A. beobachtet hätten. B. FRAENKEL.

52) **Mayor** und **Poutry** (Genf). **Ueber die Erscheinungsweise des Lichen planus im Munde. (Note sur les manifestations buccales du Lichen plan.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 6. 1886.*

Verff. entwickeln an drei neuen Beobachtungen eine kleine Pathologie der ziemlich seltenen, stets mit derselben Hautkrankheit combinirten Mundaffection. Dieselbe gehört zu den Plaques bildenden Erkrankungen der Mundschleimhaut und tritt hauptsächlich am Zahnfleisch und Zungenrand auf. Die weissen Flecken und Streifen sind so flach, dass sie gegenüber den umliegenden Papillen vertieft erscheinen. Die Therapie fällt lediglich mit der Alllgemeinbehandlung bei Lichen zusammen.

Die Arbeit hat für uns wohl nur ein differential-diagnostisches Interesse, welches sie aber berechtigt, hier kurz erwähnt worden zu sein. JONQUIÈRE.

53) **Freudenberg** (Berlin). **Ueber Soor beim gesunden Erwachsenen.** *Centralblatt für klin. Med. No. 48. 1886.*

Ein 24jähriger, etwas schwächlicher Gymnasiallehrer klagte über Schluckbeschwerden und Schmerzen im Halse. Zu beiden Seiten der Uvula, sowie am freien Rande des Velum bis zu den Tonsillen, fanden sich milchweisse, leicht erhabene Plaques auf gerötheter Schleimhaut, die sich als Soor-Colonien erwiesen. Mundhöhle sonst ganz frei. Verf. glaubt in der stimmlichen Ueberanstrengung ein begünstigendes Moment für die Invasion des Soors erblicken zu dürfen. Ein zweiter Fall, der höchst wahrscheinlich auch Soor war, ist nicht bewiesen, da die mikroscopische Untersuchung unterlassen worden war. SCHECH.

54) **E. Chaumier. Ueber die epidemische und contagiöse Natur der Aphthen. (De la nature épidémique et contagieuse des aphtes.)** *Gazette méd. de Paris. 21. August 1886.*

Sich stützend auf vier Fälle von Aphthen, die bei in Gemeinschaft lebenden Personen vorkamen, spricht sich Ch. für die epidemische und contagiöse Natur dieser Affection aus.

Gesunde Personen können ebenso an Aphthen leiden wie solche, die durch Krankheiten an Kräften herabgekommen sind. Letztere werden aber von ihnen öfter ergriffen, und dieser Umstand hat glauben gemacht, dass die Aphthen ein Symptom gewisser Krankheiten sind. E. J. MOURE.

55) **Widerhofer** (Wien). **Stomatitis aphthosa.** Klinischer Vortrag. *Allgemeine med. Zeitung. No. 31. 1886.*

W. hebt besonders hervor, dass trotz der geringfügigen Erkrankung die Kinder sehr herunterkommen, weil sie kaum trinken oder essen können.

Als bestes Heilmittel empfiehlt er Reinhalten des Mundes durch Betupfen und Auswischen mit 1procentiger Borax- oder 1procentiger Chlorkali-Lösung. Syrupzusatz ist zu vermeiden. CHIARI.

56) **Widerhofer** (Wien). **Stomakake.** Klinischer Vortrag. *Wiener Allgemeine med. Zeitung. No. 34. 1886.*

W. behandelt die Stomakake durch Abtupfen mit Salicyl- oder Carbolwatte, oder durch Touchiren mit Lapis. Innerlich giebt er Chlorkali; bei sehr kleinen Kindern 0,25—0,50 und bei grösseren 1,50 auf 100 Wasser, zweistündlich einen Kinderlöffel. CHIARI.

57) **R. Fischl** (Prag). **Statistischar Beitrag zur Frage der Prophylaxis der Mundkrankheiten des Säuglings.** *Prager med. Wochenschrift. No. 41. 1886.*

F. führt mit Epstein die Bednar'schen Aphthen (Epitheldefecte über dem Hamulus pterygoideus), die Ulcerationen am harten Gaumen, an den Gaumenbögen und anderen Stellen des Mundes auf leichte Verletzungen beim Auswischen des Mundes zurück. Versuche an 1200 Kindern zeigten, dass das Unterlassen dieser Reinigungsart namentlich die Bednar'schen Aphthen gar nicht zur Ausbildung kommen liess, weil eben die sonst so leicht von dem auswischenden Finger getroffenen Stellen, nämlich die über den Hamulus pterygoideus liegenden, dann die Raphe palati duri und die Basis der Gaumenbögen unberührt blieben. F. lässt daher keine Auswischung mittelst des Fingers vornehmen, nur bei Soor, der 26 Mal zur Beobachtung kam, wurde nebst Beseitigung der Ernährungsstörung die Mundhöhle mittelst eines Pinsels gereinigt. Als Pinselflüssigkeit diente Sublimat-Lösung 1 : 10 000, Borwasser 5 pCt. und Papayotin 1—2 proc. Lösung. F. hebt noch besonders hervor, dass von solchen Geschwürchen allgemeine Infectionen ausgehen können, und empfiehlt gegen das Auftreten des Mundcatarrhs und Soors Reinlichkeit und Beseitigung selbst geringfügiger Verdauungsstörungen. CHIARI.

58) **Richet. Ranula. (Grenouillette.)** *Gazette des hôpitaux. No. 101. 31. August 1886.*

Typischer Fall, den R. durch Spaltung und 24stündiges Belassen eines in Chlorzink getauchten Charpiebausches behandeln will. E. J. MOURE.

59) **Bourrée. Zum Studium der Ranula sublingualis acuta. (Contribution à l'étude de la grenouillette aigue sublinguale.)** *Thèse. Paris, 1. December 1886.*

B. resumirt seine These folgendermassen:

1. Die Ranula sublingualis acuta ist am öftesten verursacht durch die Ruptur des Ductus Whartonianus und die darauffolgende Anfüllung des Fleischmann'schen Schleimbeutels.

2. Die Ursache der Ruptur des Kanals ist gewöhnlich in der Obliteration von dessen Mündung durch einen Fremdkörper zu suchen. Doch giebt es Fälle, in denen diese Ursache nicht Stich hält.

3. Die beste Behandlungsweise besteht in theilweiser Excision der Ranula und in der Anwendung eines modificirenden Agens auf deren Wände. E. J. MOURE.

60) **Neumann (Königsberg). Ueber die Entstehung der Ranula aus den Bochdalek'schen Drüsenschläuchen der Zungenwurzel.** *Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 33. Heft 3. 1886.*

Ausgehend von einigen Fällen, bei denen sich auf der Innenfläche des exstirpirten Sackes Flimmerzellen fanden, kommt Verf. im Gegensatz zu v. Recklinghausen und Sonnenburg, welche die Ranula aus einer Cyste der Nuhn-Blandin'schen Zungendrüse herleiten, zu dem Schlusse, dass alle diejenigen Ranulacysten, in welchen Flimmerepithel vorhanden sei, mit grösster Wahrscheinlichkeit auf den einzigen in der Zunge vorkommenden flimmernden Apparat, nämlich auf die Bochdalek'schen Drüsenschläuche der Zungenbasis zurückzuführen seien. Durch Recklinghausen sei zwar festgestellt, dass zwischen Ranula und Zungenspitze ein sehr inniges Verhältniss bestehe, aber nicht, dass eine Continuität zwischen beiden vorhanden sei. Die Ranula entstände weiter nach hinten von der Zungenspitze resp. deren Drüse, sie käme nur später mit der letzteren in Berührung. Der von Sonnenburg in einem Falle beobachtete fingerartige Fortsatz gegen die Epiglottis zu sei höchst wahrscheinlich der erweiterte Ductus excretorius linguae Bochdaleks. SCHECH.

61) **Galippe. Speichelstein der Unterkieferdrüse. Vorhandensein eines Parasiten. (Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire. Présence d'un parasite.)** *France méd. No. 88. 3. August 1886.*

G. giebt die Analyse eines Steines, der spontan aus dem Wharton'schen Gange eines 39jährigen Mannes zum Vorschein kam. Er war concentrisch geschichtet und barg in der Mitte keinen Kern. G. konnte einen Parasiten isoliren und züchten, der der Gruppe von Mundparasiten angehört, die von Malassez und Vignal studirt worden ist. E. J. MOURE.

62) **V. Galippe. Bildungsmodus des Weinsteins und der Speichelsteine; Betrachtungen über die Bildung der Steine im Allgemeinen; Vorhandensein von Mikroben oder deren Keime in diesen Concretionen. (Mode de formation du tartre et des calculs salivaires; considérations sur la production des calculs en général; présence des microbes ou de leurs germes dans ces concrétions.)** *Journ. des connaiss. méd. 1. April 1886.*

Der Titel deutet hinlänglich an, was der kurze Artikel enthält.

E. J. MOURE.

63) **Richet. Ulcerirtes Cancroid des Bodens der Mundhöhle; Operation. (Cancroide ulcéré du plancher buccal; opération.)** *France méd. 23. Sept. 1886.*

Der Fall betraf einen 70jährigen Kranken. Recidive nach 3 Monaten. Das Operationsverfahren in zwei Zeiten ist im Original nachzulesen. E. J. MOURE.

64) **X. Biss der Zungenspitze bei einem Kinde; profuse Blutung. Nachtheile des Ferrum sesquichloratum, ohnmachtartiger und agonischer Zustand. Heilung. (Morsure de la pointe de la langue chez un enfant; hémorrhagies profuses. Inconvénients du perchlorure de fer; état syncopal et agonique. Guérison.)** *Paris méd. 18. September 1886.*

Das 4jährige Kind war gefallen und hatte sich in die Zunge gebissen. Der erste Arzt hatte Eisenchloridlösung zur Blutstillung angewendet. Die Blutung kehrte aber wieder und nun machte der Autor eine regelrechte Ligatur an der verätzten Zunge des schon halbtodten Kindes.

Der Autor glaubt, dass es deshalb so stark blutete, weil das Kind lymphatisch, hämophil und wahrscheinlich auch epileptisch war. E. J. MOURE.

65) **Henschen (Upsala). Hemiatrophie der Zunge von bulbärem Ursprunge. (Hemiatrophi af tungan af bulbärt Ursprung.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Bd. XXI. No 7. p. 347. 1886.*

Halbseitige Atrophie der Zunge ist selten, nur wenige Fälle sind publicirt. V. kann nur 8 derartige Beobachtungen aus der Literatur sammeln, und theilt einen neunten seiner eigenen Praxis mit. Es handelt sich um einen 27jährigen Mann, der an Hemiatrophie der rechten Hälfte der Zunge mit Parese des rechten Levator palati und Musc. cricoarytenoideus post. (laryngoscopisch nachgewiesen) litt. Die Ursache dieser Symptome wurde als bulbär angesehen, weil nicht nur der N. hypoglossus, sondern auch die N. facialis und vago-accessorius partiell in Mitleidenschaft gezogen waren Die Krankheit hatte sich allmälig nach einer Scarlatina entwickelt, die der Patient vor 18 Jahren durchgemacht hatte.

SCHMIEGELOW.

66) **Schiffers (Lüttich). Ueber halbseitige Zungenatrophie. (De l'hemiatrophie de la langue.)** *Extrait des Annales de la Société médico-chir. de Liège. No. 7. Juillet 1886.*

Die halbseitige Zungenatrophie erweckt in der Regel den Gedanken an eine Tabes dorsalis. Diese konnte im vorliegenden Falle ausgeschlossen werden; vielmehr handelt es sich mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit um die Folgen eines früher erlittenen Trauma's (Schussverletzung in der rechten Occipitalgegend). Gleichzeitig vollständige Paralyse des rechten Recurrens. Demnach hätte man

sich zu denken: Schussverletzung am rechten Occiput. Verletzung des verlängerten Markes, etwa mit Hämorrhagie an den Hypoglossus-Accessorius und Vaguskernen.

BAYER.

67) **Tillaux** (Paris). **Zungenepithelioma operirt bei durch Cocaïn erzeugter Localanaesthesie. (Epithélioma de la langue opéré pendant l'anaesthésie locale produite par la cocaïne.)** *Gazette des hôpitaux. 14. August 1886.*

Bei einem Pfeifenraucher bestand seit 4 Jahren ein weisser Plaque auf der rechten Zungenhälfte. Um dessen Umbildung in ein Epithelioma vorzubeugen, nahm T. die Exstirpation der Plaque vor. Nachdem er eine halbe Stunde vor der Operation, von 6 zu 6 Minuten, eine 2proc. Cocaïnlösung mit einem Pinsel aufgetragen hatte, konnte die Operation schmerzlos ausgeführt werden.

E. J. MOURE.

68) **Berg** (Stockholm). **Ueber Krebs der Zunge und dessen Behandlung. (Om tungkräfta och dess behandling.)** *Swenska Läkaresellskapets forhandlingar. Hygiea. p. 125. 1886.*

Referirt das Resultat von 30 operirten Fällen. Zwei Mal musste die Carotis externa wegen Blutung unterbunden werden. Näheres wird nicht mitgetheilt.

SCHMIEGELOW.

69) **Richelot. Ueber ein Verfahren der Abtragung des Zungenkrebses. (Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue.)** *Union méd. 3. Juli 1886.*

Das Verfahren besteht darin, dass der Tumor, wofern er noch umschrieben ist, durch lange gekrümmte Péan'sche Zangen abgesteckt wird. Eine Zange wird transversal angebracht und grenzt den Tumor nach hinten ab. Die zweite longitudinal gestellte theilt die Zunge in zwei ungleiche Hälften und die dritte unter dem Tumor eingeklemmte scheidet diesen von dem Boden der Mundhöhle. Hierauf wird Alles, was von den Zangen auf diese Art umschrieben ist, mit der Krummscheere abgetragen. Die Zangen bleiben der Blutstillung wegen durch 24 Stunden am Platze. Da aber deren Belassen von den Operirten oft nicht vertragen wird, so empfiehlt R. in verticaler Richtung durch den Zungenwulst, welchen die zwei ersten Zangen umschreiben, und knapp an diese Nähte mit „Crins de Florence" anzubringen und die Wundränder zu vereinigen. Unter der dritten Zange wird eine Massenligatur mit Seide gemacht. Diese Ligaturen erlauben die Wegnahme der Zangen nach ausgeführter Operation.

E. J. MOURE.

70) **Deroubaix** (Brüssel). **Studie über die Zungenexstirpation. (Etude sur l'ablation de la langue.)** *La Presse Médicale Belge. No. 21—30. 1886.*

Recht interessante Studie über die Zungenexstirpation, worin der Autor seine langjährigen und bewährten Erfahrungen auf diesem Gebiete mittheilt. Er behandelt der Reihe nach: Diagnose, Chloroformnarcose, künstliche Blutleere der Zunge, Unterbindung der Zungenarterien, Hämostase, Cauterisation, curative Ligatur, Galvanocaustik, Thermocauter, Ecrasement linéaire; schneidende Instrumente, subhyoideale Methode, Section und Resection des Unterkiefers, Verschlucken der Zunge, Werthbestimmung der Resultate.

Zu bemerken wäre nur, dass ein gewaltiger Unterschied besteht zwischen Raclage eines Uteruscarcinoms und der eines Zungenkrebses. Ich glaube an-

nehmen zu dürfen, dass es Schrötter nie eingefallen wäre, letztere auszuüben, wenn er auch erstere in gewissen Fällen empfiehlt. In dem Kapitel über künstliche Blutleere (Garrot de la langue) theilt Deroubaix eine eigene von ihm erfundene Methode mit, welche sehr practisch zu sein scheint. BAYER.

71) **Ariza** (Madrid). **Acute Tuberculose des Pharynx. (Faringitis tuberculosa aguda.)** *Revista de Medicina y Cirugia Prácticas. — El Siglo Médico. No. 1721. p. 809. 1886.*

A. fasst seine Arbeit in folgende Schlüsse zusammen:

1. Die acute Miliartuberculose des Pharynx ist ausserordentlich selten. Solis Cohen hat dieselbe niemals gesehen. Dr. Rubio (Madrid) soll dieselbe 3 Mal beobachtet haben, A. selbst nur einmal, obwohl seit vielen Jahren Specialist für Halskrankheiten.

2. Der Verlauf ist ungünstig, der tödtliche Ausgang die Regel, obwohl nach einigen Autoren Ausnahmen eintreten. Beispiele einer solchen Ausnahme sind der von A. beobachtete Fall und ein Fall von Cadier.

3. Es ist möglich, dass die Erscheinung der Erkrankung zur Zeit, wo dieselbe dem Specialisten in Behandlung kommt, nicht dem klassischen Bilde entspricht, dann ist die Diagnose zu stellen aus den subjectiven Symptomen und dem Vorhandensein von Tuberkelbacillen.

4. Die Behandlung besteht in Klimawechsel, antituberculösen Medicamenten und stärkender Nahrung. A. KISPERT.

## d. Diphtheritis und Croup.

72) **W. W. Campbell** (Duns). **Diphtherie. (Diphtheria.)** *Edinburgh Med. Journal. November 1886.*

Der Autor bespricht diesen Gegenstand nur vom Standpunkt seiner persönlichen Erfahrung, indem er sich wenig oder gar nicht auf die Schriften Anderer bezieht. Seine Ansichten können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Die Diphtherie ist primär ein locales Leiden.

2. Es giebt keine Incubationsperiode zwischen den localen und constitutionellen Symptomen.

3. Das Ueberstehen eines Anfalles sichert nicht gegen einen zweiten, im Gegentheil befördert er die Disposition zum Recidiv.

4. Die Diphtherie ist eine parasitäre oder Pilzkrankheit.

5. Die beste Behandlung ist die häufige Anwendung des Kal. hypermang. in Lösung. M'BRIDE.

73) **Wm. S. Gordon. Diphtherie. Neuere Ansichten über ihre Pathologie und Therapie. (Diphtheria. Recent views regarding its pathology and treatment.)** *Virginia Med. Monthly. December 1886.*

Ein gut geschriebenes und zeitgemässes Resumé der Ansichten. Verfasser kommt mit Recht zu dem Schluss, dass zu grosser Positivismus der Diagnose und Therapie gegenwärtig nicht am Platze ist. LEFFERTS.

74) E. C. Carter. **Eine Analyse von 45 Fällen von Diphtherie. (An analysis of 45 cases of diphtheria.)** *Philadelphia Med. News. 27. November 1886.*

Der Hauptzweck des Artikels ist, zu beweisen, dass die besten Resultate bei dieser Krankheit durch Sublimat erzielt werden. LEFFERTS.

75) G. Lancry. **Zum Studium des Contagiums der Diphtherie und über die Prophylaxis der ansteckenden Krankheiten in den Kinderspitälern von Paris. (Contribution à l'étude de la contagion de la diphthérie et de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants de Paris.)** *Thèse. Paris, 10. December 1886.*

75a) P. Renault. **Ueber Diphtherie im Gefolge von Masern. (De la diphthérie consécutive à la rougeole.)** *Thèse. Paris, 29. November 1886.*

Diese Arbeiten gehen über den Rahmen der für das Centralblatt zu analysirenden Arbeiten hinaus, und können hier nur citirt werden. E. J. MOURE.

76) B. Schwarz. **Die Sterblichkeit an Diphtherie und Croup in den Jahren 1875 bis 1884.** Dissertation. Würzburg, 1885.

Die Schrift war dem Referenten unzugänglich. SCHECH.

77) Kluyskens (Landegem). **Diphtheritis-Epidemie in Tronchiennes. (Epidémie de diphthérie observée à Tronchiennes.)** *Annales et Bulletins de la Société de Médecine de Gand. Déc. 1886.*

Nichts besonderes. BAYER.

78) N. Munk. **Ueber den Einfluss der Witterung auf die Croupsterblichkeit in den Niederlanden.** P. W. M. Trap. Leyden, 1885.

Dem Referenten nicht zugänglich. BAYER.

79) W. A. Morris. **Differenzen zwischen Diphtherie und membranösem Croup. (Differentiation between diphtheria and membranous croup.)** *Southern Medical Record. 20. November 1886.*

Der Autor kann nicht einsehen, wie ein Arzt von Erfahrung beide Affectionen für irgendwie verwandt halten kann und giebt eine Differentialtabelle der Symptome, welche nach seiner Ansicht den Unterschied deutlich kennzeichnet. (Ein neues Symptom wird nicht angegeben.) LEFFERTS.

80) W. P. Herringham (London). **Zwei Fälle diphtheritischer Paralyse mit Herzaffectionen und choreatischen Bewegungen. (Two cases of diphtheritic paralysis with heart affections and choreic movements.)** *Brit. Med. Journal. 18. December 1886.*

Das Hauptinteresse dieses am 10. December vor der Clinical Society of London gehaltenen Vortrages, sowie der sich an ihn anschliessenden Discussion liegt nicht auf laryngologischem, sondern auf neurologischem Gebiete, und da sich beide nicht zu einem kurzen Referate eignen, müssen Interessenten auf das Original verwiesen werden. Hier sei nur bemerkt, dass die Discussion in der Frage gipfelte, ob die diphtheritischen Paralysen als functionelle oder als auf definitiven Veränderungen der centralen grauen Substanz des Rückenmarks auf-

zufassen seien, und dass die Mehrzahl der Sprecher in der Discussion sich letzterer Ansicht zuneigte. SEMON.

81) **Guimbretière. Angina diphtherica; Croup; Lungencomplicationen. (Angine diphthéritique; croup; complications pulmonaires.)** *Gazette méd. de Nantes. 2. October 1886.*

Nichts von Belang. E. J. MOURE.

82) **Gomez de la Mata** (Madrid). **Behandlung der Angina diphtherica. (Tratamiento de la angina diftérica.)** *Memorias de la Sociedad espanola de Laringologia etc. 2. Secion. Barcelona, 1886.*

G. de la M. hält für die rationellsten und energischsten Behandlungsweisen der Diphtherie die Methoden von Floris Bouffé und Bernier de Bournonville. Er touchirt die afficirten Theile je nach der Schwere mit reiner oder mit Glycerin verdünnter Carbolsäure. Ferner macht er alle 2, 3 oder 4 Stunden Einblasungen von Kalkzucker, und gleich darnach Pulverisationen mit Citronensaft und 5proc. Milchsäure. Wenn die Membranen sich noch nicht lösen, dann innerlich Ipecacuanha und schwefelsaures Kupferoxyd. Ist auch der Kehlkopf in Mitleidenschaft, dann innerlich oder hypodermatisch Pilocarpin. 4. In Brust- und Halsgegend Campherfrictionen, endlich innerlich Mixtura tonica und im Krankenzimmer Zerstäubungen von Carbolwasser und Salicylsäure, wie auch von balsamischen Stoffen. KISPERT.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

83) **F. W. Hinkel. Eine kurze Geschichte der Laryngologie. (A brief history of laryngology.)** *Med. Press of Western. New-York, October 1886.*

Diese Rede, welche zur Eröffnung der Session der University of Buffalo gehalten wurde, ist nach der Art der speciellen Gelegenheit natürlich beschränkter Natur und macht keinen Anspruch auf Vollkommenheit. Sie ist jedoch von Interesse und sehr gut geschrieben. LEFFERTS.

84) **Martel** (Paris). **Ueber die Nützlichkeit der Kehlkopfuntersuchung. (De l'utilité de l'examen du larynx.)** *Revue intern. des scienc. méd. No. 31. Juli 1886.*

Der Autor legt eine Lanze ein für die Laryngoscopie.

Referent kann den beredten Worten des Autors nur beistimmen.

E. J. MOURE.

85) **Barclay J. Baron** (Bristol). **Das Laryngoscop in der Medicin. (The laryngoscope in medicine.)** *Bristol Medico-Chirurgical Journal. September 1886.*

B. betont den Werth des Laryngoscops als eines Hilfsmittels für die Diagnose und Therapie und führt Beispiele für seinen Nutzen an. A. E. GARROD.

86) **Landour, Kahn** und **Baratoux. Ueber die Stimme. (De la voix.)** Paris, 30, rue du Dragon. 1886.

Es wird ein kurzes Resumé wiedergegeben über die Stimme vom anatomisch-physiologischen Standpunkt aus.

Nichts von Belang. E. J. MOURE.

87) **J. C. Mulhall. Die Stimme, ein trügerischer Wegweiser für die Diagnose der Larynxaffectionen. (The voice a fallacious guide for laryngeal diagnosis.)** *St. Louis Courier of Med. November 1886.*

Der Autor betont mit Recht, dass die Stimme bei Kehlkopfleiden ohne laryngoscopische Untersuchung einen geringen oder gar keinen Werth für die Diagnose habe. Er hat es in 100 Fällen practisch erprobt, festzustellen, was man mit Erschöpfung aller Mittel, ausgenommen das Laryngoscop, für die Diagnose erreichen kann und hat gefunden. dass man zu erstaunlichen Irrthümern kommen mag. Es können z. B., wie bekannt, tertiär-syphilitische Ulcera im Larynx ohne Schmerzen und ohne Alteration der Stimme, und einseitige Stimmbandparalyse ohne Veränderung der Stimme oder irgend ein anderes Symptom Seitens des Kehlkopfs existiren. Der Artikel schliesst mit Anführung von Fällen, welche die Ansichten des Autors bestätigen. LEFFERTS.

88) **R. W. Parker** (London). **Congenitaler Tumor an der rechten Seite des Halses, der mit der Respiration steigt und fällt. (Congenital tumour in the right side of the neck rising and falling with respiration.)** *Trans. Clin. Soc. of London. Vol. XIX. p. 322. 1886.*

Es handelt sich um einen weichen Tumor im Centrum des Trigonum posterius der rechten Halsseite eines 2 monatlichen Kindes. Bei der Exspiration hat er die Grösse einer Tangerine-Orange, bei der Inspiration collabirt er. Er enthält augenscheinlich, wie dies auch die Percussion bestätigt, Luft. Nach Parker's Ansicht entspricht er wahrscheinlich der von Virchow sogenannten „Laryngocele ventricularis" d. h. er steht mit dem Morgagni'schen Ventrikel der rechten Seite in Verbindung, und stellt thatsächlich nur eine Ausbuchtung desselben vor. Die Idee einer Pneumonocele konnte definitiv ausgeschlossen werden (Füllung des Sackes mit Luft während der Exspiration, Mangel an Crepitation bei Compression). Die Behandlung bestand in Anlegung eines Compressoriums, welches die Füllung des Sackes mit Luft verhinderte. Einige Monate später war der Sack entschieden kleiner. SEMON.

89) **H. Pramberger** (Graz). **Laryngologische Studien.** *Deutsches Archiv f. klin. Medicin. Bd. 39. Heft 3 u. 4. 1886.*

1. Bei einer Phthise beobachtete Verf. an beiden Proc. vocales zuerst eine länglich runde gegen die Mitte vorspringende Intumescenz, ein Infiltrat, das sich im Verlaufe in eine Ulceration verwandelte; auch die untere Stimmbandfläche war ulcerirt. Verf. hält die Localisation der Tuberculose an den Proc. voc. und der untern Fläche der Stimmbänder im Verlaufe der Lungentuberculose für sehr häufig, namentlich bei Leuten, welche viel sprechen oder husten müssen.

2. Ein schon länger bestehendes Geschwür an der unteren Stimmbandfläche führte plötzlich zu Lungenödem; das Geschwür verheilte. das Oedem wurde chronisch. Die Granulationswucherungen in der Regio inter-arytaenoidea hält Verf. ebenso wie Ref. für eine Aeusserung der Tuberculose, welche namentlich bei sonst günstigen Körperverhältnissen diagnostisch wichtig sind und belegt dies durch 2 Krankengeschichten.

3. Syphilis des Larynx, Gumma mit Verschwärung.

4. Epithelialcarcinom des Pharynx bei einem früher Syphilitischen, das mit Syphilis grosse Aehnlichkeit hatte und deshalb anfangs mit Jod behandelt wurde, darauf Verschlimmerung, Patient starb an intercurrirender Pneumonie, die Section bestätigte die Diagnose Carcinom.

5. Primäres Lungencarcinom.

6. Rechtsseitige Lähmung des Cricoaryt. post., keine Heiserkeit, keine Athembeschwerden, wahrscheinliche Ursache Druck einer Drüse auf Vagus oder Recurrens.

SCHECH.

90) **Henschen** (Upsala). **Laryngitis hypoglottica hypertrophica.** *Upsala Läkareförenings Förhandlinger. Bd. XXI. No. 7. p. 373. 1886.*

H. beschreibt einen Fall dieses Leidens bei einem phthisischen 21jährigen Patienten mit tuberculöser Perforation des Septum nasi. Die Krankheit hatte als einfache Laryngitis mit Heiserkeit und Husten angefangen, später hatten sich Symptome einer Stenose ausgebildet, und laryngoscopisch wurde nachgewiesen, dass die Schleimhaut der Pars hypoglottica laryngis hypertrophirt war und sich wie ein Diaphragma in das Lumen des Kehlkopfs hineingeschoben hatte, so dass die Oeffnung für die Luftpassage nur einige Millimeter weit war. Tracheotomie war indessen nicht nothwendig; Pat. lebte noch zur Zeit der Publication.

Was die Perforation der Nasenscheidewand anbelangt, so war dieselbe im Laufe eines Jahres auf der Basis einer Ulceration entstanden. Obwohl der Nachweis von Tuberkelbacillen in dem Geschwür negativ ausgefallen war, glaubt der Verf. doch, dass dasselbe als tuberculös angesehen werden müsse, weil der Patient tuberculös und keine Spur von Syphilis vorhanden war. SCHMIEGELOW.

91) **E. Fränkel** (Hamburg). **Primäre Kehlkopftuberculose.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 28. S. 490. 1885.*

Im Hamburger Verein demonstrirte Fr. einen Larynx, der wiederum das Vorkommen primärer Kehlkopftuberculose beweist. Der 31jährige Patient war von ihm seit dem Jahre 1880 beobachtet worden. Zunächst war mangelhafte Beweglichkeit des linken Stimmbandes vorhanden, dessen Conturen undeutlich waren. Das rechte Stimmband uneben, schmutzig geröthet. Unter localer Behandlung Besserung, mit Ausnahme fortbestehender Heiserkeit während der Jahre 1881 und 1882. Im Januar 1883 Uebergreifen des Processes auf die hintere Larynxwand. Dann wieder Stillstand bis 1885. Von diesem Jahre an stetig fortschreitende Destruction des Kehlkopfs und Nachweis von Tuberkelbacillen in dem durch Räuspern entleerten Secret. Januar 1886 Tod. Ueber den Lungen nichts nachzuweisen. Die Ulceration ergab tiefgehende Destructionen des Larynx und tuberculöse Geschwüre der Trachea. In den lufthaltigen Lungen vereinzelte peribronchitische frische Knötchen, nirgends verkäste oder zerfallene Heerde, Lymphdrüsen des Lungenhilus nicht vergrössert, nicht verkäst, Pleura, Leber, Darm, Hoden frei von Tuberkeln. Fr. erwähnt eines ähnlichen Sectionsbefundes aus Orth. Lehrb. d. pathol. Anatomie S. 319. Der wiederholt beobachtete Stillstand des Processes mahne in Bezug auf die prognostische Beurtheilung solcher Fälle quoad sanationem zur äussersten Vorsicht. Auch entstehe die Frage, ob nicht in ähnlichen Fällen die tuberculös erkrankten Theile des Kehlkopfs zu entfernen seien.

B. FRAENKEL.

92) **T. Hering (Warschau). Ueber die Heilbarkeit tuberculöser Larynxgeschwüre. (O wyleczalnosci owrzodzen grwiliczych, przy t. z. suchotach krtani napotykanych.)** *Gazeta lekarska. No. 28 i 29. 1886.*

Verf. erklärt sich auf Grund eigener Beobachtungen, deren Details in einer gedruckten 11 Fälle betreffenden Tabelle übersichtlich gruppirt werden, für die Heilbarkeit der tuberculösen Larynxgeschwüre, die, wenn auch nur relativ und ausnahmsweise vorkommend, keinem Zweifel unterliegen kann. Auf die notorische Thatsache der Heilbarkeit tuberculöser Processe in den Lungen und tuberculöser Geschwüre im Darme hinweisend, führt H. eine grosse Anzahl bewährter Forscher an, welche diese Thatsache beobachtet haben, den eingenistelen Skepticismus dennoch zu brechen nicht vermochten. H. ist überzeugt, dass die Lehre von der Heilbarkeit der Lungenphthise sich allmälig klären und durch neue Arbeiten bekräftigt werden wird.

M. Schmidt, Krause, Jellinek haben tüchtige Breschen in den Indifferentismus der Behandlung der Larynxphthise geschlagen und werden Nachfolger finden, die dazu beitragen werden, die bisher acceptirte Behandlungsweise durch eine energischere und wirksamere zu ersetzen. Verf. betont vor allem, dass er bisher Heilungen von tuberculösen Larynxgeschwüren auch ohne jede locale Behandlung gesehen hat, und dass gerade diese Heilungen sich am längsten bewährt haben. Um nicht missverstanden zu werden, fügt er hinzu, dass trotz dem Ausheilen der Geschwüre im Larynx, bedeutender Besserung des allgemeinen Zustandes und der Lungen, dieses noch nicht als definitive Heilung der combinirten Larynx- und Lungentuberculose betrachtet werden darf, obwohl diese Möglichkeit nicht verneint werden kann und zu den grössten Ausnahmen gehört, da Recidive sehr oft eintreten. Die Beobachtungen sind im Jahre 1875 begonnen und betreffen acht Patienten, da in 3 Fällen die Diagnose nicht als absolut sicher betrachtet werden konnte. Syphilis ist in den übrigen Fällen mit Sicherheit ausgeschlossen. Die Möglichkeit einer Verwechselung mit sogenannten erosiven Geschwüren (frühere sogenannte katarrhalische Geschwüre) wird ausführlich besprochen auf Grund früherer Beobachtungen, von welchen eine den Verf. betraf (Revue mensuelle de Laryngologie 1880). Diese Zustände, die H. als Druckgeschwüre bezeichnet, hat er bei sonst gesunden Menschen bei vorhergehender Pharyngo-Laryngitis, öfters bei plethorischen Personen, durch Excesse der Stimme, Erkältung etc. an einem oder beiden Processus vocales beobachtet und sind dieselben von tuberculösen Affectionen, durch den Mangel von Lungenerkrankung, ihr Aussehen, ihren entzündlichen Hof, ihre oberflächliche Lage, die Abschilferung des Epithels und ihre leichte Heilbarkeit zu unterscheiden. Bei unhygienischem Verhalten werden sie chronisch, der Aryknorpel wird verdickt, das Epithel wird getrübt und falls die Entzündung resp. Eiterung die an dieser Stelle von H. mikroscopisch constatirten Schleimdrüsen ergreift, ändert sich das Bild, es entsteht ein folliculäres Geschwür, welches wegen Mangel an Follikeln an dieser Stelle richtiger als lenticuläres Geschwür bezeichnet werden sollte. Ohne die Frage zu berühren, ob derartige Zustände tuberculös werden können, bespricht H. die Ergebnisse seiner mikroscopischen Studien, über die Larynxulcerationen und betont dass er auch in den kleinsten Substanzverlusten bei Phthisis tuberculosa,

massenhafte Bacillen in den Rändern und dem Boden nachweisen konnte, und dass seine Präparate von Prof. Koch in Berlin und Prof. Malassez in Paris untersucht worden sind.

Aus der beigefügten Tabelle ergiebt sich, dass in 8 Fällen von combinirter Larynx- und Lungenphthisis die Heilung nach 2—7 Monaten eintritt. Die Geschwüre waren localisirt. auf den falschen Stimmbändern, auf den wahren Stimmbändern, auf der hinteren Larynxwand, der Epiglottis. Von den seit 1875 beobachteten 8 Kranken sind 3 gestorben, 5 sind am Leben. In der ersten Kategorie dauerte die Heilung im Larynx 9, 3, 2, 1 Jahr, bei den 5 noch Lebenden dauerte die Heilung 3, 2. 2 Jahre, 9 und 5 Monate. (Eine Patientin ist unterdessen (14. Nov. 86) an Hämoptysis in Mailand gestorben. R.)

Der Larynx heilte bei diesen Kranken aus, der Zustand der Lungen hat sich ganz bedeutend gebessert das Allgemeinbefinden ist vollkommen befriedigend bis zum heutigen Tag. AUTOREFERAT.

93) **T. Hering (Warschau), Die Milchsäure und ihre Anwendung bei tuberculösen Larynxulcerationen. (Kwas mleczny jako srodek lecznicky przy owrzodenniach grwiliczych krtani.)** *Medycyna. No. 24—28. 1886.*

Angeregt durch die Arbeiten von Moritz Schmidt und Krause, der im Jahre 1885 zuerst die Milchsäure gegen tuberculöse Geschwüre im Larynx empfohlen, hat H. seit einem Jahre diese Versuche fortgesetzt und legt die Resultate, welche er bei 22 Kranken erlangt hat, in dieser Arbeit nieder. Er bestätigt vollkommen in allen Einzelheiten die Richtigkeit der Angaben von Krause, obwohl er die Milchsäure nicht als eine Panacee gegen tuberculöse Ulcerationen betrachtet, und betont dass sie nur bei gewissen Kranken und in einem gewissen Stadium angewandt werden darf, vollkommene Technik erfordert. grosse Ausdauer und Energie von Seiten des Arztes und des Kranken ernöthigt und vor Allem eine Kräftigung des Organismus absolut erheischt, um gute Erfolge zu erzielen. H. hebt hervor, dass er schon früher Heilungen von tuberculösen Ulcerationen im Larynx mittelst Chromsäureätzungen beobachtet habe und überzeugt sei, dass Heilungen auch mit anderen Mitteln ausnahmsweise erzielt werden können. Von den 22 Fällen betrafen 2 Kranke mit Ulcerationen der Zunge und der Nase. Sie wurden mit Milchsäure behandelt und geheilt. Bei den übrigen 20 Kranken mit Larynxphthise wurde erzielt:

4 Mal vollständige Vernarbung der Geschwüre, 2 partielle Heilungen. In 8 Fällen sehr bedeutende Besserung.

In 6 Fällen wurde die Milchsäure wegen des decrepiden Zustanden des Patienten nur kurze Zeit versuchsweise, deshalb ohne Resultat benutzt.

Am schnellsten heilten die Geschwüre an den wahren Stimmbändern und der Epiglottis, besonders frische Formen bei gut erhaltenen Kräften und Ernährung. Die tiefen kraterförmigen Geschwüre der falschen Stimmbänder und in der Rimula forderten eine energische chirurgische Behandlung. Infiltrirte, circumscripte Partieen, Excrescenzen oder harte kugelförmige, theilweise ulcerirte Infiltrate der Santorini'schen Knorpel mussten entfernt werden, weil sie die Vernarbung verzögerten. (In einem Falle wurde der Santorini-Knorpel mit der scharfen Zange entfernt.)

Diffuse Verdickungen und Infiltrate der Taschenbänder, wurden durch energische Cauterisation mit Chromsäure (an Sonden angeschmolzen) zerstört, kraterförmige, von hypertrophischen Rändern umgebene Geschwüre, deren Boden infiltrirt und schwammig war, wurden mit einer besonderen, von H. construirten Curette energisch ausgelöffelt. Diese Operation ist ungefährlich, die Blutung und die Reaction unbedeutend. Der Schmerz wird durch 20procentige Cocaïnpinselungen vor und nach dem Auskratzen gelindert. Reactive, entzündliche Oedeme und frische Infiltrationen, sowie Schwellungen müssen durch multiple energische Incisionen behandelt werden, erst dann ergab die Einreibung mit Milchsäure gute Erfolge.

Ueber die Resultate der submucösen Injectionen von Milchsäure in die infiltrirten Gewebe, die H. mit einer von ihm bei Windler construirten Spritze vornimmt, sowie über die Wirkungen der Inhalationen von Milchsäure reservirt er sich später nach längerer Erfahrung zu berichten, fügt auch hinzu, dass diese submucösen Injectionen auf seine Anregung von Krause in Berlin erprobt wurden. Nachdem H. die Contraindicationen für den Gebrauch der Milchsäure aufgestellt und sich dahin geäussert, dass bei sehr heruntergekommenen, hectischen, energielosen fiebernden Kranken, bei sehr verbreiteten Lungen- oder Larynxprocessen von jeder schmerzhaften Behandlung abzusehen ist, giebt er als Ursache der scheinbaren Unwirksamkeit des Cocaïns gegen die Dysphagie das Uebergreifen der Ulcerationen auf die ösophageale Fläche der hinteren Larynxwand an. In solchen Fällen räth er mit einem in 20proc. Cocaïnlösung getauchten Schwamm zwischen Larynx und Oesophagus einzudringen. Zur energischen Einreibung von Milchsäure, worauf besonderer Nachdruck gelegt wird, ist von H. ein specieller Watte-Pinselträger angegeben und beschrieben. Nachdem die Wichtigkeit der Sputauntersuchung auf Bacillen besprochen und die Nothwendigkeit, käsig (tuberculös) degenerirte Halsdrüsen zu exstirpiren betont worden, schliesst H. mit der Bemerkung, dass eine Desinfection der Sputa mit Sublimat, sowohl in den Spitälern wie bei den Privatkranken nicht mehr vernachlässigt werden sollte. AUTOREFERAT.

94) **A. Sokotowski** (Warschau). **Zur Frage der Heilbarkeit und der Behandlung tuberculöser Larynxgeschwüre. (W kwestyi wyleczalnosci i leczenia owrzodzen gruzliczych krtani.)** *Medycyna. No. 13. 1886.*

Anlässlich eines am 2. März 1886 in der Warschauer Gesellschaft der Aerzte dieses Thema behandelnden Vortrages des Referenten, publicirt S. seine Ansichten über diese so wichtige Frage und kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Heilbarkeit der tuberculösen Larynxgeschwüre ist höchst zweifelhaft, sie gehört zu den grossen Seltenheiten. Nie hatte S. Gelegenheit Heilung tiefer tuberculöser Geschwüre zu constatiren, trotz seines grossen Beobachtungsmaterials in der Brehm'schen Anstalt. Eine fernere Stütze für diesen Satz findet S. in dem Ausspruche Orth's, welcher angiebt, weder selbst gänzlich geheilte Larynxphthise gesehen, noch in der Literatur anatomische Beweise dafür gefunden zu haben. Dagegen hält S. die partielle Heilung der Larynxgeschwüre für einen „ungeheuer häufig vorkommenden Sectionsbefund!" Dieser Ausspruch

der von Seite der bewährtesten Anatomo-Pathologen nicht bestätigt worden ist, welche auch die partiellen Heilungen für äusserst selten erklären, wird dadurch nicht gelindert, dass S. behauptet, eine scheinbare Verheilung könnte bedingt sein durch die Unvollkommenheit unserer Untersuchungsmethoden, die uns nur die obere Kehlkopfapertur erschliessen, während der Process unbemerkt in die Tiefe dringen kann. (Wenn dem wirklich so wäre, woher käme dann die von S. urgirte „ungeheuer häufige partielle Vernarbung", da gerade die Section hier Aufklärung geben würde? Ref.) Sodann betont S. die Möglichkeit einer Verwechselung von syphilitischen Geschwüren und catarrhalischen Erosionen (erosive Geschwüre), die auch bei Tuberculösen vorkommen und heilen können!

Die Unterscheidung der sogenannten erosiven Geschwüre von tuberculösen Ulcerationen hält S., trotz der Untersuchung des Secrets (nach der B. Fränkelschen Methode), für unmöglich, ihr Auftreten dagegen ziemlich häufig. Nachdem Verf. noch einmal betont, dass er trotz aller Methoden der Behandlung nie eine Heilung constatiren konnte, bespricht er die Anwendung der Milchsäure, die nach seinen bisher noch spärlichen Beobachtungen einen gewissen günstigen Einfluss auf die Geschwüre auszuüben scheint und die Heilung anregt. — Das grösste Lob zollt er dagegen der Milchsäure wegen ihrer lindernden Wirkung auf die Dysphagie und empfiehlt deshalb dies Mittel zu weiteren Versuchen.

Es ist dem Referenten an dieser Stelle nicht möglich sich in eine Debatte, sowohl über die hier citirten Anschauungen von Sokotowski, als auch über die gegen den Referenten gerichtete Polemik einzulassen. Hier sei nur bemerkt, dass es dem Referenten unterdessen gelungen ist, den anatomischen Beweis der vollständigen Ausheilung der Larynxphthise bei der Section einer 70jährigen, an Phthisis fibrosa verstorbenen Frau, zu finden; ferner dass durch eine Reihe von Beobachtungen die ausgezeichnete Wirkung der Milchsäure constatirt worden ist und die Zahl der Verfechter dieses Mittels sich rasch vergrössert. (Krause, Jellinek, Hering, Schrötter, Rosenfeld, Seifert, Delie, Wroblewski, Oltuszewski etc.) Die Heilbarkeit der tuberculösen Larynxgeschwüre ist auch durch ein vom Referenten in der 59. Naturforscherversammlung demonstrirtes Präparat bestätigt, in welchem Prof. Virchow ausgebreitete Narbenbildung constatirte. Diese Thatsache ist nun auch durch die mikroscopische Untersuchung bekräftigt worden und werden Beschreibungen und Abbildungen der betreffenden Präparate binnen Kurzem erfolgen. T. HERING.

95) **Wł. Wróblewski** (Warschau). **Ein Beitrag zur Behandlung der Larynxphthise mit Milchsäure. (Przyczynek do działania kwasu mlecznego przy gruzlicy krtani.)** *Gazeta lekarska. No 43. 1886.*

Verf. berichtet über drei im St. Rochus-Hospitale beobachtete Fälle von Larynxphthisis, die mit ausgebreiteten Geschwüren einhergingen und hochgradige Dysphagie verursachten. Durch consequente Anwendung von Cocaïn und Milchsäure reinigten sich die Geschwüre recht schnell, die Infiltrationen verkleinerten sich, die Dysphagie schwand vollkommen. Die Patienten fühlten sich so erleichert, dass sie das Spital verliessen, ohne eine dauernde Besserung abzuwarten. Eine weitere Reihe von Beobachtungen über Vernarbung tuberculöser Geschwüre wird in Aussicht gestellt. T. HERING.

96) **W. Oltuszewski** (Warschau). **Ein Beitrag zur Wirkung der Milchsäure bei Larynxtuberculose. (Przyczynek do dziatania kwasu mlecznego w gruzlicy krtani.)** *Medycyna. No. 7. 1887.*

Diese Arbeit enthält die Beschreibung von 9 Fällen von Phthisis laryngis, die O. theils in seiner Privatpraxis, theils in der Abtheilung des Referenten im St. Rochus-Spital mit Milchsäure zu behandeln Gelegenheit hatte.

In sieben Fällen wurden im Sputum Bacillen constatirt, in zweien war die Diagnose auch ohne Sputumuntersuchung vollkommen gesichert. In Behandlung kamen 7 Männer, 2 Frauen. Alter zwischen 20 und 52 Jahren. Heredität constatirt in 5 Fällen. Bei allen Kranken ausgesprochene Lungeninfiltrate, Heiserkeit, Abmagerung, Dysphagie. Die Ulcera im Larynx hatten ihren Sitz auf der Epiglottis, der hinteren Larynxwand, den wahren Stimmbändern etc.

Die Milchsäure wurde mit dem Hering'schen Pinsel eingerieben. Anfangs 25-, dann bis 100procentig, gewöhnlich mit vorhergehender Cocaïnisirung. Sie wurde mit wenigen Ausnahmen gut vertragen. Trotz positiver Wirkung konnten dickere Schorfe nicht in allen Fällen constatirt werden. Bei Berücksichtigung des allgemeinen Zustandes Verabreichung von Milch mit Cognac, Tr. arsen, Fowler., Chinin, wurden mit Hülfe der localen Behandlung erzielt:

Vollständige Ausheilung der Geschwüre 6 Mal, Partielle Heilung 1 Mal, Hebung der Dysphagie 1 Mal, negatives Resultat 1 Mal.

(O. schreibt dies letztere dem Umstande zu, dass bei dem Patienten die Wucherungen in der Rimula derber bindegewebiger Natur waren, was später durch das Curettement sich bestätigt hat.)

In einem Falle, wo die Milchsäure sich nicht als ausreichend erwies, wurde vom Referenten das Geschwür ausgekratzt, worauf die Heilung erfolgte. Verf. hat die schnellste Wirkung der Milchsäure bei Exulcerationen der Stimmbänder und der hinteren Larynxwand constatirt, die Geschwüre der hinteren Larynxwand fordern eine längere Behandlung. Die tuberculösen Infiltrate vermindern sich unter ihrem Einflusse, die Stimme wird gebessert, die Dysphagie gehoben. Die hier notirten Resultate betrachtet O. als temporäre, die durch längere Beobachtung bestätigt werden müssen.

Von den citirten 9 Beobachtungen sind 8 Kranke vom Referenten, resp. Dr. Wroblewski, mehrere Mal während und nach der Behandlung untersucht worden. Die Technik der Einreibungen betrachtet O. als ziemlich schwierig, sie fordert eine gewisse Einübung und energisches Vorgehen. Die Dauer der Heilung hängt ab von der Ausbreitung des Processes, seiner Localisation, von dem Stadium, wann die Kur begonnen, von dem Ernährungszustande des Patienten und gewisser uns näher unbekannter Verhältnisse. T. HERING.

97) **W. Lublinski** (Berlin). **Ueber die Jodolbehandlung der Larynxtuberculose.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 51. S. 915. 1886.*

L. verwandte das Jodol als Pulver und hat es pure in den Kehlkopf eingeblasen. Es verursacht dabei gar keine Beschwerden und ist in den Gaben von 0,1—0,2, nach den Experimenten von Marcus, ein vollkommen unschädliches Mittel. L. behandelte mit täglich einmal, resp. wöchentlich zwei- bis dreimal

vorgenommenen Jodoleinblasungen 75 Kranke mit Larynxtuberculose. Alle besserten sich, zwei sind momentan geheilt.

Auch gegen Ozaena bewährt sich das Mittel. (Gegen diese Krankheit verwendet es auch Ref. mit demselben günstigen Erfolg, wie bisher Jodoform. Das Jodol hat vor dem letzteren Mittel den Vorzug, dass es nicht riecht.)

B. FRAENKEL.

98) **Gaul. Ueber Larynxtuberculose.** Dissertation. Becker, Würzburg, 1885.

Dem Referenten nicht zugänglich. SCHECH.

99) **F. Kauders** (Wien). **Ein Beitrag zur Kenntniss der stellvertretenden Thätigkeit des rechten Gehirns bei Ausfall des linken Sprachcentrums.** *Med. Jahrbücher. Heft VI. Wien, 1886.*

Ein 27jähriger Mann hatte durch einen apoplectischen Anfall eine rechtsseitige Hemiplegie und totale Aphasie acquirirt. Beides ging theilweise nach Monaten zurück, so dass der Kranke, wenn auch langsamer und stammelnd, sprechen und mit der linken Hand (der rechte Arm blieb gelähmt), schreiben konnte. Er starb $1^1/_2$ Jahre nach der Apoplexie an Compressions-Myelitis durch tuberculöse Caries der Brustwirbel. Die Section zeigte Zerstörung des ganzen linken Sprachcentrums durch Encephalomalacia. Es musste also hier die rechte Hemisphäre als Sprachcentrum gedient haben. CHIARI.

100) **Herbert R. Spencer** (London). **Nystagmus des Pharynx und Larynx. (Pharyngeal and laryngeal nystagmus.)** *Lancet. 9. October 1886.*

S. beschreibt einige bemerkenswerthe Bewegungen des Pharynx und der Stimmbänder bei einem 12jährigen Mädchen, welches einen Hirntumor hatte. Es bestand Augennystagmus und die gewöhnlichen Symptome des Hirntumors.

Der obere Constrictor des Pharynx befindet sich in einem Zustande constanter rhythmischer Bewegung in horizontaler Richtung. Die Zuckungen waren synchron mit denen der Augen, nämlich 80 Mal in der Minute. Die Bewegungen hatten weder den weichen Gaumen noch die Bögen des Schlundes ergriffen. Die Giessbeckenknorpel näherten und entfernten sich gleichzeitig mit den Bewegungen des Schlundes. Bei ruhiger Athmung wurden die natürlichen Athembewegungen durch kurze Zuckungen unterbrochen. Unterdrückte Patient die Athmung, so erfolgten gewöhnlich 5—6 Contractionen, bevor die Stimmbänder parallel zu einander standen. Es trat später nur eine geringe Aenderung ein, das linke Stimmband zuckte etwas mehr als das rechte. — S. sucht den Ausdruck Nystagmus für diese Zustände zu rechtfertigen. A. E. GARROD.

101) **De Brun. Studium über die Medicin in Syrien. (Etude sur la médicine en Syrie.)** *Académie de médecine. 17. August 1886.*

Der Autor giebt an, bei Kindern eine dyspnoëische Form von Malaria beobachtet zu haben. Die Stimme sei dabei zuerst heiser und werde dann aphon. Die Respiration ist schleifend und es besteht Keuchen. Chinin bekämpfe die Rückkehr dieser Erscheinungen. — Es scheint ein laryngoscopisches Examen nicht gemacht worden zu sein. E. J. MOURE.

102) **Briand. Dyspnoën in Folge von Malaria. (Dyspnées d'origine paludéenne.)** *Gazette des hôpitaux. 28. August 1886.*

B. erinnert, dass er schon vor de Brun die dyspnoëische Form des Sumpffiebers beschrieben habe. Indessen in den Fällen Briand's handelte es sich wahrscheinlich um Kehlkopfcongestionen, während bei den Kranken Brun's die Dyspnoë auf Spasmen zurückzuführen war. E. J. MOURE.

103) **Trevelot** (Charleville). **Aphonie nach Morphiuminjectionen. (Aphonie après les injections de morphine.)** *Journal de méd. et de chir. prat. Artikel 13, 169. März 1886.*

T. machte bei einem im Alkohol-Delirium liegenden Manne Morphiuminjectionen bis zu 2 Centigramm, die die erwünschte sedative Wirkung hatten, aber jedesmal den Kranken für eine Stunde aphonisch machten. E. J. MOURE.

104) **Stocquart** (Brüssel). **Behandlung der Aphonie, sowie frischer und chronischer Heiserkeit mit subcutanen Injectionen von Ammon. acetic. (Des injections sous-cutanées d'acitate d'ammoniaque dans le traitement de l'aphonie et des enrouements récents et chroniques.)** *Archives mensuelles de Méd. et de Chir. Pratiques Bruxelles, October 1886.*

Der Autor will mit Einspritzungen von essigsaurem Ammoniak (Lösungen von 1:10 bis 1:3 Aq. dest., wovon 1 Grm. in den Nacken eingespritzt wird) bei folgenden Halsaffectionen gute Resultate erzielt haben: „Grippe, Husten, Aphonie, Heiserkeit, Respirationsbeschwerden." Wie schon die Diagnosen vermuthen lassen, ist von einer laryngoscopischen Untersuchung nirgends die Rede, weshalb wir weitere Conclusionen ruhig den Lesern überlassen können. BAYER.

105) **H. Krause** (Berlin). **Aphonia und Dyspnoëa (laryngo-) spastica.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 34. S. 557. 1886.*

Der unter diesem Namen 1885 veröffentlichten Beobachtung J. Michael's (vgl. Intern. Centralbl. Jahrg. II., S. 556) fügt Verf. eine neue hinzu. Ein, wie dies Oppenheim bestätigte, an, in der Entwickelung begriffener, multipler Sclerose leidender 28 Jahre alter Feldarbeiter, der wiederholt an Heiserkeit und ein Vierteljahr zuvor zwei Tage lang an Heiserkeit mit nicht sehr heftiger Athemnoth gelitten hatte, erkrankte im Mai „von Neuem mit Heiserkeit, welche sich nach etwa dreiwöchentlicher Dauer zu totaler Stimmlosigkeit steigerte, und zu der 8 Tage darauf sich plötzlich eintretende und sich innerhalb eines Vormittags zu voller Höhe entwickelnde Athemnoth hinzugesellte". Objective Untersuchung: „Der Kehlkopf macht starke auf- und absteigende Excursionen. Es besteht eine geringe Cyanose des Gesichts. Die Stimme ist fast unverständlich, ausserordentlich mühsam, und besteht lediglich in einigen unzusammenhängenden, mit grosser Anstrengung hervorgepressten Geräuschen. — Schleimhaut des Aditus laryngis und der Stimmbänder mässig geröthet. Die Stimmbänder stehen dauernd fest in Medianstellung und zwar so, dass sie bei den Phonationsversuchen sich in der Regel fest übereinander lagern, und nur zuweilen einen kleinen lineären Spalt ganz vorn zwischen sich lassen. Die Glottis cartilaginea klafft ein wenig. Nach der Phonation treten die Stimmbänder ein wenig von einander, um bei der Inspiration

wieder unter einer kleinen Spaltbildung ganz nahe dem vorderen Winkel zusammenzutreten.“ Cocaïnpinselungen des Larynx, wie sie Gerhardt beim Laryngospasmus der Tabiker mit Erfolg gemacht hat, heilten die Dyspnoë. Einige Minuten nach der ersten Einpinselung klaffte die Glottis bereits bis zu 2 Mm. während der Inspiration, nach weiteren Pinselungen erweiterte sie sich bis zur Cadaverstellung und 10 Tage später war die Beweglichkeit eine normale. An diesem Tage schwand auch der phonatorische Glottisschluss und die Stimme kehrte wieder, „obgleich jetzt bei der Phonation beiderseits eine Excavation der Ränder und eine bemerkbare Schlaffheit der Stimmbänder hervortritt“. Verf. glaubt, dass nach diesen Symptomen die Diagnose eines 14 Tage andauernden Tetanus der gesammten Kehlkopfsmusculatur, welcher zu hochgradigster Glottisverengerung, Phonations- und Respirationsstörungen geführt hat, nicht zweifelhaft sein könne. Die multiple Sclerose führe nicht selten zu Mitleidenschaft der Larynxmusculatur; insbesondere werde die jauchzende Inspiration von Erb erwähnt. So weit kann Ref. Krause unbedingt folgen. Wenn aber nun Krause seinen und Michael's Fall verwerthen will als Stütze seiner Theorie über die Adductoren-Contractur im Gegensatz zur Posticuslähmung, so tritt eine wesentliche Differenz hervor. Ref. würde den beschriebenen Fall mit phonatorischem Stimmritzenkrampf und, wenn auch nur geringem, Klaffen der Glottis cartilaginea niemals für eine Posticuslähmung gehalten haben, wie dies Krause von den Gegnern seiner Theorie „consequenter Weise“ verlangt. „Man wende nicht ein,“ sagt Krause, „dass der spastische Charakter derselben doch zu klar sei, um verwechselt zu werden.“ Doch, Ref. muss dies einwenden. Wenn es Autoren gegeben hat, die dies verkennen, so müssen doch nachgerade diese Fälle von der Posticusparalyse wohl unterschieden werden. Wir lernen aus der von Krause mitgetheilten Beobachtung, dass es Fälle giebt, in denen der Spasmus 14 Tage lang beobachtet wurde. Der Beweis fehlt aber, dass aus dem Tetanus der permanente Act der Lähmung geworden sei, und ohne diesen kann Ref. Krause nicht beistimmen, wenn er sagt: „Nicht die Lähmung der Mm. postici ist das Primäre und die Contractur der Adductoren das Secundäre, sondern umgekehrt, die Contractur das Primäre und die Inactivitätsatrophie (Lähmung) der Glottiserweiterer das Secundäre.“ Auch ist Ref. ausser Stande, einsehen zu können, warum bei einem Tetanus der gesammten Kehlkopfmusculatur gerade immer die Glottiserweiterer einer Inactivitätsatrophie anheimfallen sollen. Krause wendet sich dann gegen die kritischen Bemerkungen, die Ref. im Anschluss an seine experimentelle Arbeit in diesem Centralblatt (October 1885) veröffentlicht hat. Die Mehrzahl der Fälle liessen im Gegensatz zu der Behauptung des Ref., dass die Stimmbänder bei Posticuslähmung im Beginn ausserhalb der Phonation schlaff seien, sehr hohe Grade der Spannung der Stimmbänder erkennen. Nur die Erregung von Entzündungen im Nerv bewirke die Medianstellung, die Anwendung auch des denkbar höchsten Drucks hebe die Functionstüchtigkeit der Postici nicht auf. Auch seien die Postici nicht nur reflectorisch, sondern auch willkürlich beweglich. Aus diesen Gründen könnten die Zederbaum'schen Versuche nicht, wie Ref. dies gethan hat, zur Erklärung der Posticuslähmung herangezogen werden. (Ref. wird bei Gelegenheit auf diese Fragen zurückkommen.) Schliesslich erwähnt Krause,

dass die Wirkung des Cocaïn die spastische Natur des Leidens ausser Zweifel stelle. B. FRAENKEL.

106) **A. Przedborski** (Lodz). **Aphonia hysterica. Dyspnoëa spastica verursacht durch Nasenleiden. (Bezytos histeryczny, skurcz wdechowy, wywołane cierpieniem jam nosowych.)** *Gazeta lekarska. No. 30. 1886.*

Ein 18jähriges nervöses, anämisches Mädchen wurde in Folge einer heftigen Gemüthsbewegung (Nothzuchtversuch) aphonisch. Zugleich entwickelten sich abendliche Anfälle von heftiger Dyspnoë (Michels Dyspnoëa spastica), die 5 bis 15 Minuten dauerten und mit starken Hustenparoxysmen und Stridor bei der Inspiration endigten. Die Untersuchung des Larynx zeigte nichts Abnormes. Bei der Phonation schlossen die träg sich bewegenden Stimmbänder nur unvollkommen, bei der Inspiration verblieben sie unbeweglich oder näherten sich einander, mit Zurücklassung einer engen Spalte. Anästhesie der Haut links über dem Zungenbein. Der Kehldeckel erwies sich ebenfalls unempfindlich gegen Sondenberührung. Die Kranke wurde in das Spital aufgenommen, wo alle möglichen Mittel (als Antihysterica. Brompräparate, Chloralhydrat, Vesicantia, Faradisation) ohne jeden Erfolg angewandt wurden. Die dyspnoëischen Anfälle kamen immer häufiger und heftiger wieder, so dass endlich zur Tracheotomie Zuflucht genommen werden musste. Die Chloroformnarcose wurde eingeleitet — da schwand plötzlich die Dyspnoë und sofort nach der Hautincision erlangte Patientin ihre Stimme wieder. Von der Operation wurde natürlich Abstand genommen und längere Zeit grosse Gaben Bromkali (3,0 pro dosi) verordnet. Unter dieser Behandlung verschwanden Aphonie und Dyspnoë und konnte Patientin, die nur noch über öftere Epistaxis klagte, das Spital verlassen. Schon nach 4 Wochen kam sie wieder in demselben Zustand wie früher, aphonisch und mit Laryngospasmus. — P. untersuchte nun die Nase und fand beide unteren Nasenmuscheln hypertrophisch, die linke mittlere Muschel kolbenartig verdickt und stark dem Septum anliegend. Bei der Berührung der Mucosa mit der Sonde wurden Niessanfälle. Thränenfluss, Reizbarkeit, Röthung der Schleimhaut der Nase beobachtet, welche sich zu unerträglichem Schmerz, Hustenanfällen. Vertigo. selbst zu Ohnmachtsanfällen steigerten als P. die Stelle, wo die Muschel dem Septum anlag. mit der Sonde berührte. Einen causalen Zusammenhang vermuthend, cauterisirte P. die unteren Muscheln, später die kolbig angeschwollene mittlere Muschel kräftig mit Chromsäure mit dem besten Erfolg. denn die Stimme kam wieder, die Dyspnoë wich vollkommen und hat sich die Heilung seit 10 Monaten bewährt.

Verf. bespricht bei dieser Gelegenheit die Mängel der Hack'schen Theorie, welche die Schwellung der Schwellkörper als den Grund aller Symptome ansieht und hält seine Beobachtung für einen Beweis der Richtigkeit der von Hering ausgesprochenen Ansicht, dass Aphonia spastica, ebenso wie einige Formen von hysterischer Aphonie und Dyspnoëa spastica, durch Reizung, resp. Druck des Septums verursacht werden können. Der mechanische Reiz kann nach Hering dabei bedingt sein: in dem Druck, welchen die hypertrophische oder geschwollene mittlere Muschel auf das Septum ausübt, in der Reibung des Septums durch bewegliche Polypen. Er kann ferner hervorgerufen sein durch Reibung oder Druck

der unteren Muscheln, mittelst Leisten oder Exostosen der Nasenscheidewand, durch Reizung der Nasenschleimhaut, durch Borken oder eintrocknendes Secret, Verwachsungen der Muscheln mit dem Septum etc., und zwar bei Coincidenz einer gewissen nervösen Prädisposition, ohne welche trotz dieser Bedingungen keine Reflexneurosen ausgelöst werden. P. spricht sich gegen die durch Hack empfohlene totale Zerstörung der Schwellkörper aus. HERING.

107) **Przedborski** (Lodz). **Ein Fall von hysterischer Kehlkopflähmung mit Erscheinungen von Aphonia et Dyspnoëa spastica. (Przypadek sammodnielnego porarenia histerycznego krtani, ze stalemi objawami skurczu fonacyjnego i oddechowego.)** *Gazeta lekarska. No. 51 u. 52. 1886.*

Nach einer kurzen Einleitung über die hysterischen Larynxerkrankungen, ihre Pathogenese, Symptomatologie und Eintheilung, bespricht Verf. die Aphonia spastica und ihren durch Hoffmann und Hering in einigen Fällen nachgewiesenen Zusammenhang mit Nasenleiden. Er bestreitet, im Gegensatz zu Michael, die grosse Seltenheit der Combination von spastischer Aphonie und Dyspnoëa spastica, citirt die durch Hack-Niolay, Möser und Hering publicirten Fälle, und fügt denselben eine ganz ähnliche Beobachtung hinzu.

Der Fall betrifft ein 18jähriges, sonst gesundes Dienstmädchen, zu welcher P. wegen Erstickungsanfällen gerufen wurde. Er fand Röthung und leichte Schwellung der oberen Larynxtheile, bei der Phonation ein krampfhaftes Schliessen sowohl der falschen, wie der wahren Stimmbänder, und ungenügende Erweiterung der Stimmritze bei der Inspiration. Der Zustand soll durch Erkältung hervorgerufen worden sein und begann mit Husten, Dysphagie und Ermüdung der Stimme, zu der sich dann Stridor hinzugesellte. Bei der späteren Spiegeluntersuchung konnte auch starke Röthung an den Processus vocales constatirt werden, auch Kreuzung der Aryknorpel bei der Phonation. Die falschen Stimmbänder näherten sich dabei ganz bedeutend, bei stärkerer Inspiration kam es zur perversen Action der Stimmbänder. Anästhesie der Epiglottis. Die Kranke wurde in das Spital aufgenommen, mit Cocaïnpinselungen (10proc.) behandelt, innerlich Bromkali verordnet, worauf nach zwei Wochen Besserung und Entlassung erfolgte. Ein Recidiv der Dyspnoë nöthigte später zur Tracheotomie, wobei, wie in ähnlichen Fällen, schon die Chloroformnarcose die Dyspnoë beseitigte und von der Operation Abstand genommen werden konnte.

Durch Cocaïnpinselungen und Aufenthalt auf dem Lande wurde der Zustand gehoben und Heilung erzielt.

P. ist der Ansicht, dass die hysterischen Lähmungen öfters reflectorischer Natur sind und durch Erkrankungen der Genitalien, der Nase, resp. des Rachens, hervorgerufen werden können. Der phonatorische Larynxkrampf kann nach P. auch ohne Ueberanstrengungen der Stimme sich entwickeln, bei schlechten hygienischen Bedingungen (schlechte Luft, Erkältung, schwere Arbeit etc.). Die Aphonia spastica tritt manchmal zusammen mit der Dyspnoëa spastica auf, ohne von anderen hysterischen Erscheinungen begleitet zu sein, und wird durch Hebung der Ursache (in den vier Fällen von Hering Nasenleiden) geheilt.

Trotz gefahrdrohender Dyspnoë kann in der Mehrzahl der Fälle von der

Tracheotomie Abstand genommen werden, und empfiehlt P. Cocaïnpinselungen, die in letzter Zeit auch durch H. Krause warm befürwortet worden sind.

HERING.

108) **Helbing. Zur Behandlung des Spasmus glottidis phonaterius.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 30. 1886.*

Verf. bespricht zuerst alle Methoden und Heilmittel, welche gegen das meist so hartnäckige Leiden bisher in Anwendung gebracht worden sind, und wendet sich dann zu dem Cocaïn, dass in 10proc. Lösung einmal eingepinselt, eine nahezu ein halbes Jahr anhaltende Heilung bewerkstelligt hatte.

SCHECH.

109) **Landgraf** (Berlin). **Vorstellung eines Kranken mit Tabes und Larynxkrisen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 38. S. 634. 1886.*

In der Gesellschaft der Charité-Aerzte stellte L. einen 35jährigen, früher syphilitisch inficirten Tabiker vor, der seit 1883 heiser war und seit 1885 an quälenden Hustenanfällen leidet. „Es tritt dabei ein Gefühl von Kitzel und Zusammengeschnürtsein in der Luftröhre und im Kehlkopf auf. Dann folgt nach einer beginnenden Inspiration ein Hustenanfall, am meisten vergleichbar den Anfällen bei Tussis convulsiva. Der Kranke richtet sich mühsam im Bett auf, das Gesicht wird cyanotisch und starke Hustenanfälle erschüttern den ganzen Körper. Oft werden die Beine hochgeworfen. Während des Anfalles erfolgt eine reiche Speichelsecretion, der Anfall endet, wenn er heftig geworden ist, meist mit dem Hervorwürgen und Erbrechen schleimiger Massen." Wenn der Kranke schlucken kann, hört der Husten auf. An manchen Tagen treten nur wenige kurzandauernde Paroxysmen auf, an anderen stundenlange mit geringeren Unterbrechungen. Der Eintritt heftiger Schmerzen am After und den Geschlechtstheilen verringerte die Heftigkeit der Hustenanfälle, die auch nach Nachlass der Schmerzen nicht wieder in der früheren Heftigkeit auftraten. Hustenanfälle traten auf 1. bei psychischen Erregungen, 2. bei der Nahrungsaufnahme, 3. im Schlafe, 4. durch Druck auf den Kehlkopf oder die Luftröhre, 5. zuweilen auch durch Berührung der Taschenbänder. Beide Stimmbänder stehen dauernd parallel in einer Entfernung von etwa 2½ Mm. Das rechte Stimmband erscheint schlaffer. Beim Phoniren treten die Stimmbänder prompt aneinander. Bei percutaner Anwendung sehr starker constanter Ströme erfolgt beim Schluss eine geringe Annäherung des Stimmbandes. 80—100 regelmässige Pulse. Der Oppenheim'sche Druckschmerz bei Druck auf den Vagusstamm in der Höhe des Kehlkopfs ist vorhanden. Sehr merkwürdig ist das Verhalten bei Pinselung des Kehlkopfs mit 20proc. Cocaïnlösung. Es erfolgt zunächst ein Hustenanfall. Dann bleiben die Anfälle — sowohl die durch Druck erzeugten, wie die spontan eintretenden — längere Zeit aus, und zwar bis 48 Stunden lang und darüber. L. nimmt an, „dass es sich im vorliegenden Falle um eine Combination von Contractur, mag diese nun primär oder secundär sein, mit erhöhter Reflexerregbarkeit handelt, eine Combination, wie man sie so häufig bei posthemiplegischen Zuständen antrifft."

Es schliesst sich an diesen Vortrag in einer späteren Sitzung eine längere Discussion. Zunächst berichtet Herr Krause (Berl. klin. Wochenschr. No. 39, S. 651, 1886) über drei Fälle von laryngospastischen Anfällen bei Tabes mit

Medianstellung der Stimmbänder, die bereits ausführlich von ihm veröffentlicht sind. Auch in diesen Fällen verringerte Cocaïnpinselung Zahl und Intensität der Anfälle. Ein Patient hatte Anästhesie des Kehlkopfs mit erhaltener Reflexerregbarkeit, ohne andere Aufhebung der Reflexerregbarkeit mit erhaltener Fähigkeit zu localisiren. Von der Nase aus liessen sich in allen Fällen Anfälle erzeugen. Ebenso sei im Falle, den Weyl veröffentlicht habe, Medianstellung der Stimmbänder beobachtet. Es sei also in den 5 Fällen übereinstimmend Medianstellung der Stimmbänder gefunden worden. die bekanntlich Krause als Contractur deutet, und von der er angiebt, dass sie wahrscheinlich auch reflectorisch durch Reizung des Nerv. laryng. super. hervorgerufen werden könne. Er führt für diese Annahme in den betreffenden Fällen die Auslösung der Anfälle durch Berührung der Larynxschleimhaut etc. und ihre Verringerung durch Cocaïnpinselung an. Reizung des Laryng. sup. verursache Glottisschluss und es sei wahrscheinlich, dass der Laryng. sup. mit erkranke, wenn der Vagus in den tabischen Process mit eingeschlossen werde. Die Entartungsvorgänge seien aber nach Charcot als ein fortschreitender Reiz auf das Nervengewebe selbst anzusehen.

Oppenheim (Berl. klin. Wochensch. No. 40, S. 675, 1886) führt an, dass bei Tabes-Kranken mit längere Zeit bestehender Stimmbandlähmung, wie er sich in drei Fällen überzeugt habe, es nicht, wie sonst überall, gelinge, bei percutaner Anwendung des galvanischen Stroms, nach Rossbach und Kaplan bei Kathodenschluss eine Zuckung des Stimmbandes zu erzielen.

B. Fränkel erwähnt, dass bei durch mechanische Verhältnisse bedingter Juxtaposition der Stimmbänder, das Schlucken nach Cocaïnpinselung zuweilen laryngospastische Anfälle auslöse. Er erwähnt eines Falles von Tabes und progressiver Paralyse, in welchem ein Stimmband in Cadaverstellung, das andere in Medianstellung steht. Letzteres überschreitet bei der Phonation die Mittellinie und legt sich gegen das vollständig gelähmte. Der Patient hatte Anaesthesie des Larynxeingangs und bekam häufig laryngo-spastische Anfälle, auch bei percutaner galvanischer Reizung des Schluckcentrums hinter dem Larynx. Auch bei sonst ganz gesunden Menschen habe er laryngo-spastische Anfälle ganz nach Art der tabischen Larynxkrisen beobachtet. Auf die Stellung der Stimmbänder habe die Cocaïnpinselung keinen Einfluss.

B. FRAENKEL.

110) **James Ross** (Manchester). **Ein Fall von Tabes mit Larynxkrisen. (On a case of locomotor ataxia with laryngeal crises.)** Brain, April 1886.

Patient, Fischhändler, 35 Jahre alt, hatte 1870 an Syphilis gelitten. Er stellte sich zum ersten Mal am 15. October 1884 mit der Angabe vor, dass sein jetziges Leiden vor 3 Jahren begonnen habe mit schweren gastrischen Schmerzen, Aufstossen und Erbrechen. Im Finstern wurde Patient nervös und fiel. Gleichzeitig trat Diplopie auf, die einige Zeit fortbestand, und 15 Monate vor seiner Aufnahme bemerkte er deutliches Schielen, Ptosis des linken Augenlids und Sehschwäche. Seit 2 Jahren bemerkte er ein krähendes Geräusch während der Inspiration und, während dieses fortbestand, traten Paroxysmen von Dyspnoë auf, die einige Minuten dauerten, wobei jede Inspiration von lautem Krähen begleitet war. Am lautesten war das Geräusch im Schlaf. Er hatte ferner Gürtel-

gefühl und Taubheit der Füsse, es fehlten jedoch die lancinirenden Schmerzen und wenige Monate vor seiner Aufnahme konnte er, ausser im Finstern, ganz gut gehen. Das Harnträufeln trat zuletzt häufig auf, wiewohl er lange Zeit kein Wasser zu lassen brauchte.

Bei seiner Aufnahme konnte Patient nicht stehen; die Patellarreflexe waren geschwunden und die Sensibilität in den Beinen war herabgesetzt. Es bestand etwas Ataxie der Arme, ausserdem mässige Ptosis beider Augenlider, besonders des linken und doppelseitiges divergirendes Schielen. Die Bewegung der Augäpfel war etwas beschränkt, die Pupillen mässig dilatirt, die linke etwas mehr. Es bestand weisse Atrophie beider Sehnervenpapillen. Die Stimme war leicht nasal und das Inspirationsgeräusch glich demjenigen, welches man erhält, wenn man Luft durch ein enges Rohr einsaugt.

Fünf Wochen später wurde Patient, nachdem er drei Mal täglich $^1/_2$ Grm. Jodkali erhalten hatte, dem Reconvalescentenhospital überwiesen, wo sich sein Zustand verschlimmerte, besonders wurden die blitzartigen Schmerzen heftig. Die hierauf vorgenommene laryngoscopische Untersuchung zeigte, dass die Stimmbänder während ruhiger Respiration nicht die normalen (? Red.) Excursionen machten und die Stimmritze bei gewöhnlicher Inspiration enger als normal war. Patient litt an Decubitalgeschwüren und einem Abscess über dem Sacrum; er verschlimmerte sich rapide und starb am 24. April 1885.

Die Autopsie zeigte, dass die hinteren Stränge des Rückenmarks und wahrscheinlich die directen Kleinhirnfaserzüge in verticaler Richtung ganz und gar erkrankt waren. Das Rückenmark war nach der Härtung so brüchig, dass keine Schnitte gemacht werden konnten.

Es bestanden deutliche Veränderungen in der Medulla, bedingt durch Erkrankung derjenigen Theile der weissen Substanz, welche die obere Fortsetzung der Goll'schen Stränge bilden; ferner der hintern Wurzelzonen und der directen Kleinhirnfaserzüge des Rückenmarks. Diese und andere Veränderungen werden ausführlich von R. besprochen.

Es ist sehr zu bedauern, dass in diesem sehr interessanten Falle der Bericht über den Zustand des Larynx so knapp ist.

Es würde von hohem Interesse gewesen sein, mehr von den Verhältnissen der Stimmbänder zu wissen, sowohl in den gewöhnlichen Perioden, wenn die Athmung relativ wenig gestört war, als auch während der Dyspnoë-Paroxysmen, an welchen Patient litt.

A. E. GARROD.

111) **Rob. Saundby** (Birmingham). **Larynxparalyse bei Tabes. (Laryngeal paralysis in locomotor ataxia.)** *Lancet. 18. September 1886.*

Ein Patient, welcher die gewöhnlichen Symptome der Tabes darbot, klagte, dass er wegen Dyspnoë nicht im Bett liegen könne. Die Stimme war ein wenig heiser, aber sonst normal. Das Laryngoscop zeigte eine Paralyse der Abductoren. Nach einem bedrohlichen Anfall von Dyspnoë wurde tracheotomirt. Die Operation war schon früher vorgeschlagen, aber verweigert worden. Wenige Stunden später starb der Mann in einem Hustenanfall, indem eine reichliche Menge Eiter sich in die Trachea ergoss. Das Rückenmark zeigte deutliche hintere Sclerose.

A. E. GARROD.

112) **Rob. Saundby** (Birmingham). **Illustrationen zur Tabes. (Illustrations of locomotor ataxia.)** *Birmingham Medical Review. December 1886.*

Unter einer Reihe von Tabesfällen berichtet S. über einen 38jährigen Mann, welcher mit Klagen über Husten und Dyspnoë in's Krankenhaus aufgenommen worden war. Die Dyspnoë war so stark, dass er im Bett aufgerichtet zu werden verlangte, und als er aus dem Schlaf erwachte wurde er von heftigen Anfällen ergriffen, die einige Minuten andauerten. Sein Befinden war im Allgemeinen ein gutes, doch hatte er verschiedene Verletzungen erlitten und hatte sich einmal beide Beine gebrochen.

Wenn er sich im Bett aufrichtete, hatte er 20 Respirationen in der Minute und die Sprache war undeutlich. Der Puls war 144 und stürmisch.

Es bestand Dämpfung, Verstärkung des Pectoralfremitus, etwas Bronchialathmen und Rasseln über dem oberen Lappen der rechten Lunge; die linke war normal.

Der Urin gab eine Wolke von Albumen.

Nachdem man den Pharynx mit Cocaïn gepinselt hatte, wurde eine laryngoscopische Untersuchung vorgenommen.

Die Stimmbänder, welche weniger weiss und glänzend als gewöhnlich waren, zeigten während tiefer Inspiration nur mässige Abduction und während der Phonation war der Schluss des knorpeligen Theils der Glottis unvollständig.

Die Patellarreflexe fehlten, der Gang war ataktisch und Patient konnte nicht mit geschlossenen Augen stehen. Es bestand weder Gürtelgefühl noch Gliederschmerzen.

Die ophthalmoscopische Untersuchung zeigte nichts Abnormes.

Patient verweigerte zuerst die Tracheotomie; als er jedoch nach sechs Tagen einen heftigen Dyspnoëanfall hatte, wobei er sehr cyanotisch wurde, willigte er in die Operation. Nach derselben hustete er leicht ca. 30 Grm. Eiter durch die Canüle aus und ca. 15 Grm. wurden mit einer Feder entfernt.

Eine Stunde später hatte er einen neuen Dypnoëanfall und brachte noch mehr Eiter heraus, und ca. 60 Grm. flockigen mit Schleim vermischten Eiters wurden mittelst einer Spritze, welche durch die Canüle abwärts in die Trachea geführt wurde, herausgesogen. Drei Stunden darauf starb der Patient.

Die Autopsie ergab graue Degeneration der hinteren Stränge des Rückenmarks, welche mikroscopisch bis zur Medulla verfolgt werden konnte, wo die hinteren Pyramiden und die Corpor. restiform. ergriffen waren.

Die Nervi recurrentes waren in dem Zustand chronischer interstitieller Nephritis. Das Bindegewebe war beträchtlich vermehrt mit Wucherung der Kerne. Die Blutgefässe waren erweitert und verdickt, während die Nervenfasern verschmälert und zum Theil durch das Bindegewebe obliterirt waren.

Die Kehlkopfschleimhaut war geschwollen, geröthet und theilweise ödematös.

In der linken Lunge fand sich Bronchiectasie, hier und da Partien lobulärer Pneumonie und Emphysem. Die rechte Lunge war ödematös und congestionirt.

Das Gehirn erschien gesund.

S. erklärt die Natur der Larynxparalyse in diesem Falle durch die Eigenthümlichkeit der Nervenversorgung der verschiedenen Muskeln. Die Abductoren

werden nämlich durch Fasern versorgt, die vom Accessorius stammen, während die Adductoren zum Theil von Fasern versorgt werden, die vom Nerv. glossopharyngeus herrühren. (Völlig willkürliche und nach Semon's und Horsley's Versuchen direkt unrichtige Theorie. Red.)

Da der Kern des Accessorius im Rückenmark liegt, so ist er in solch' einem Fall mehr afficirt als der Glossopharyngeus, welcher in der Medulla gelegen ist, wo die Krankheit weniger weit vorgeschritten war. A. E. GARROD.

113) **Médail. Progressive Ataxie mit schnellem Verlaufe. Kehlkopfspasmen etc. (Ataxie locomotrice progressive à évolution rapide. Spasmes laryngés etc.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 13. 15. August 1886.*

Es handelte sich um eine Frau von 45 Jahren, die im Verlaufe ihrer Ataxie einige Kehlkopfkrämpfe darbot. die gewöhnlich nach Einnehmen von etwas Aether schwanden. — Bei der Autopsie fand man im Hirn keine Läsionen. Das Rückenmark aber war von der Anschwellung des Lendenmarks abwärts in einen gelblichen Brei umgewandelt. E. J. MOURE.

114) **Ed. Krauss. Ueber einen mit Gelenkerkrankung und Stimmbandlähmung einhergehenden Fall von Tabes dorsalis.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 43. S. 744. 1886.*

In einem Falle von Tabes bei einem 45 Jahre alten Manne, deren erstes hervorstechendes Symptom eine Arthropathia des rechten Kniegelenks gewesen war, trat inspiratorischer Stridor auf, welcher nur selten längere Zeit sistirte. „Die laryngoskopische Untersuchung (Dr. Jul. Wolff) ergab Lähmung beider Mus. cricoarytaen. postici." Die Section ergab folgendes: Exquisite graue Degeneration der Hinterstränge. Die Medulla oblongata bot keine sicheren Veränderungen dar, denn die beobachtete Pigmentirung der Vaguskerne fand sich auch bei normalen Präparaten. „Nervus vagus (der einen Seite in der Höhe des Schildknorpels untersucht) zeigt gleichfalls deutliche Degeneration. Auf dem Querschnitt erscheint der Stamm der drei Bündel getheilt. Das eine kleine Bündel ist fast vollständig, die beiden andern nur partiell degenerirt. Nerv. laryng. sup. intern. dext. und sinist. vollkommen normal. N. laryng. inf. dext. und sinist. hochgradig degenerirt, nur ein Fünftel der normalen Nervenquerschnitte findet sich vor". B. FRAENKEL.

115) **Die Pathologie und Physiologie der Kehlkopfmuskeln. (The pathology and physiology of the laryngeal muscles.)** Leitartikel der „*Lancet*" vom 5. Juni 1886.

In einem Leitartikel der „Lancet" wird eine Hypothese von Gowers citirt, welche das Ueberwiegen der Verengerer über den Erweiterer bei Recurrensreizung theilweise auf mechanische Gründe zurückzuführen versucht. Da die Unhaltbarkeit dieser Hypothese bereits von Prof. Horsley und dem Referenten experimentell ermittelt worden ist — das Nähere wird in Bälde veröffentlicht werden —, ist es überflüssig, an dieser Stelle auf die Sache des Näheren einzugehen. SEMON.

116) **Eisenlohr** (Hamburg). **Ueber centrale Kehlkopflähmung.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 21. S. 362. 1886.*

Ei. giebt in einem Vortrage im Hamburger ärztlichen Verein den Sections-

befund zweier von ihm früher veröffentlichter Fälle von Kehlkopflähmungen durch Herderkrankungen der Medulla oblongata und berichtet über folgenden Fall:

Bei einem 33jährigen, sonst gesunden Manne wurde 1882 gefunden: „linksseitige complete Recurrenslähmung, Anästhesie und Reflexlosigkeit der linken Kehlkopfseite, Lähmung des linken Gaumensegels und der linken Seite des Pharynx, Herabsetzung der Hautsensibilität aller Qualitäten in sämmtlichen Aesten des linken Trigeminus und der oberen Cervicalnerven (Hinterhaupt, Nacken) mit Freibleiben der Schleimhautsensibilität im Trigeminusgebiet. Dagegen Herabsetzung der Sensibilität am weichen Gaumen und Rachen links. Geschmack nicht alterirt. Facialis, motorische Portion des Quintus, Hypoglossus intact. Im Gebiet der Augenmuskeln ein bei seitlichem Blick, speciell nach links auftretender, rotatorischer Nystagmus. Phonations-, Schluckstörung; lästige Hustenanfälle durch das in den partiell anästhetischen Larynx herabfliessende Secret. Leider keine genauen Daten über die Pulsfrequenz." Der Patient stirbt $1^1/_2$ Jahr später an putrider Pneumonie mit Bronchiectasien der linken Seite. Die Lähmungserscheinungen waren bis zum Tode unverändert geblieben. Sectionsbefund; „In der linken Lunge ausgedehnte pleuritische Verwachsungen, bronchiectatische und durch Ulceration entstandene Höhlen, von denen eine mit einem peripleuritischen, die Rippen blosslegenden Abscess communicirte; chronisch-pneumonische Processe gleichfalls mit Bronchiectasien im Unterlappen der rechten Lunge. Da der linke N. recurrens einer von der linken Pleura ausgehenden Schwielenbildung adhärent war, so schien sich für die Recurrenslähmung zunächst eine periphere Ursache zu ergeben. Indess zeigte sich bei näherer Untersuchung, dass auch die centralen Abschnitte und speciell die Wurzeln des bulbären N. accessorius degenerirt waren. Die linksseitigen Kehlkopfmuskeln und das linke Stimmband hochgradig atrophisch. Am N. trigeminus, dem Ganglion Gasseri nichts Abnormes. In der Medulla oblongata — aber erst am gehärteten Präparat und bei mikroscopischer Untersuchung — fand sich ein Herd, der, in der linken Hälfte gelegen, seine grösste Ausdehnung in der Höhe des Vagus- und Acusticuskerns hatte, mit seinen letzten Ausläufern abwärts bis in die Höhe der obersten Cervicalwurzeln, aufwärts bis zum Niveau des Abducenskerns sich erstreckte. In der Höhe des obersten Cervicalnerven nahm er das linke Hinterhorn, dessen Substantia gelatinosa und Wurzel und die dicht angrenzenden Partien ein; das Hinterhorn erschien durchaus atrophisch, reducirt. In der Höhe der Pyramidenkreuzung nahm der Krankheitsherd ebenfalls hauptsächlich das Hinterhorn und die angrenzende Partie (aufsteigende V-Wurzel) ein, dehnte sich aber auch auf die Accessoriuswurzeln und längs derselben aus. Im Niveau des Calamus scriptorius und des Vaguskerns nahm der Herd eine grössere Ausdehnung an, er hatte hier die einstrahlende Vaguswurzel, den Vaguskern (auch den sog. motorischen V.-K.) einen kleinen Theil des inneren Acusticuskerns und die innere Partie des Corpus restiforme zerstört, erstreckte sich nach vorn bis hart an die aufsteigende Quintuswurzel, die im Wesentlichen intact erschien. Es blieb der Hypoglossuskern, Oliven und Pyramiden, das motorische Feld der Medulla oblongata durchaus frei. Einen analogen Umfang besass der Herd in der Höhe des Glossopharyngeuskerns und der Acusticuskerne; letztere waren indessen nur in ganz geringem Umfang davon berührt. Weiter nach oben

gegen die Ponsgrenze hin nahm der Herd an Ausdehnung rasch ab; sein oberes Ende befand sich im Niveau der Abducenskerne dorsal von der aufsteigenden Wurzel des Quintus, ohne aber letztere, sowie Kern und Wurzel des Facialis oder den hier befindlichen Acusticuskern zu schädigen; es waren hier nur einige vom Kleinhirn kommende Faserzüge (Acusticus?) unterbrochen.

Histologisch zeigte der Herd überall den Charakter einer bindegewebigen Substitution der Nervenelemente mit netzförmig angeordneten Fasern, spindelförmigen und runden reichlichen Kernen, obliterirten Gefässbahnen. Körnchenzellen waren nicht nachweisbar. Es blieb zweifelhaft, ob es sich um die Residuen eines entzündlichen oder thrombotisch-necrotischen Processes handelte; ausgeschlossen blieb die Annahme einer gliomatösen Veränderung oder einer grauen Degeneration.“ B. FRAENKEL.

117) **Rafael Ariza** (Madrid). **Ueber die trügerischen Paralysen des Kehlkopfes. (De las Parálisis laringeas frustradas.)** *Memorias leidas en la primera Secion de la Sociedad espanola de Laringologia etc. Mayo 1886.*

Nach A. giebt es Stimmstörungen, die sich nicht aus dem anatomischen Befunde des Kehlkopfes erklären lassen. In solchen Fällen würde die Annahme einer Paralyse der Stimmbänder eine Erklärung zwar geben, da dieselben jedoch sowohl adducirt als auch abducirt werden können, selbst in Fällen von ausgesprochenster Dysphonie, so muss die Möglichkeit einer Lähmung ausgeschlossen werden. und der Fall bleibt undiagnosticirt.

Beobachtet man einen derartigen Fall genauer, so bemerkt man entweder. dass sich beim Vereinigen der Stimmbänder eine oblique Linie bildet, deren vorderer Theil nach rechts oder links gerichtet ist, oder dass das eine der Bänder sich langsamer bei der Abduction entfernt als das andere, oder dass beim Schliessen eine Verschiedenheit in der Spannung der Bänder existirt.

Diese Erscheinungen, welche von einer Insufficienz der Muskelenergie abhängen, sind in der Klasse der Paralysen unterzubringen; da jedoch die angegebenen Erscheinungen sich leicht ändern, bald geringer werden. bald verschwinden, von Neuem auftreten, oder sich von einer Muskelgruppe auf eine andere übertragen, so trennt A. diese Erscheinungen von den wahren Paralysen und Paresen und nennt sie: Paralisis frustradas. KISPERT.

118) **G. B. Hope. Eine modificirte Operation beim Larynxverschluss durch Paralyse. (A modified operation in laryngeal stenosis from paralysis.)** *New-York Med. Journal. 20. November 1886.*

H. empfiehlt in Fällen von ein- oder doppelseitiger Paralyse der Abductoren der Glottis mit nachfolgender Dyspnoë eine Thyreotomie, welche den Kehlkopf offen legt und eine sorgfältige Abtragung eines so grossen Theiles des paralysirten Stimmbandes zugleich mit irgend welchem überhängendem Gewebe zulässt, als das Lumen der Glottis ernstlich verschliesst. Mit anderen Worten, die Behandlung ist dieselbe. wie bei irgend einer Form von neoplastischem Kehlkopfverschluss, welcher durch die offene Methode nicht beseitigt werden kann.

Auf diese Weise würde eine dauernde Besserung erzielt, welche, selbst auf Kosten eines grösseren oder geringeren Stimmverlustes, nicht nur auf das All-

gemeinbefinden sehr günstig einwirkt, sondern auch den besten physischen Zustand des Patienten schafft. (Vgl. hierzu das folgende Referat. Red.)

LEFFERTS.

119) **Felix Semon** (London). **Die chirurgische Behandlung paralytischer Kehlkopfstenose. (The surgical treatment of paralytic laryngeal stenosis.)** *Brit. Med. Journal. 15. Januar 1887.*

Nachdem im Brit. Med. Journal vom 8. Januar 1887 eine redactionelle Notiz unter obigem Titel erschienen war, welche des im vorigen Referat erwähnten Vorschlages gedachte, ohne auch nur mit einem Worte denselben zu missbilligen, richtete Ref. einen Brief an den Herausgeber des Journals, in welchem er auseinandersetzt: 1. dass einseitige Erweitererparalyse ipso facto überhaupt keine Dyspnoë macht, 2. dass Angesichts der Möglichkeit bei der doppelseitigen Erweitererparalyse die Dyspnoë durch die Tracheotomie zu bekämpfen, und die Stimme in ihrer Integrität zu erhalten. Hope's Vorschlag kaum zu billigen sei und sich auch schwerlich Eingang verschaffen werde, 3. dass die Tubage des Kehlkopfs für diese Formen chronischer Stenose absolut verwerflich sei. Hope antwortet auf die Kritik (Brit. Med. Journal. 12. März 1887) mit einer vollständigen Verschiebung der Basis seines Vorschlags, d. h. Aufstellung ganz neuer Indicationen, ein Vorgehen, das von dem Ref. (Ibid.. 19. März 1887) angemessen beleuchtet wird.

AUTOREFERAT.

120) **A. Trifiletti** (Neapel). **Werth der klinischen Diagnose in einem Fall von Lähmung des Verengerers des linken Stimmbandes. (Valore della diagnosi clinica in un caso di parališi dell' adductore della corda vocale sinistra.)** *Archivii it. di laringologia. Fasc. 3 e 4. 1886.*

Zur Vermeidung von Missverständnissen auf diesem ohnehin so oft nicht hinlänglich klar behandelten Gebiet dürfte der Vorschlag (vorhergehende Nummer des Centralblatts), statt Abductor stets Erweiterer oder Dilatator zu setzen, sich gewiss zu allgemeiner Annahme empfehlen. T. erwähnt den bekannten Semon-schen Satz und die Einwände von Krause, bespricht die Schwierigkeit der ätiologischen Diagnose der Posticuslähmung und erörtert die gewöhnlichen Ursachen derselben, die cerebraler Natur sind oder den Recurrens in seinem Verlauf betreffen, im Gegensatz zu den peripheren oder durch Allgemeinerkrankungen bedingten Ursachen der Lähmung der Crico-arytaen. laterales.

Auf eine Lähmung des Verengerers führt er seinen Fall zurück, in welchem bei der Phonation das linke Stimmband sich nicht ganz der Mittellinie nähert, während das rechte dieselbe etwas überschreitet. Bei der Inspiration dagegen bleibt das linke Stimmband unbeweglich in seiner Stellung, während das rechte eine „mehr als physiologische“ dilatatorische Excursion macht.

T. nimmt einen myopathischen Ursprung des Leidens an (es waren Catarrhe und Ueberanstrengung der Stimme vorausgegangen, zweijährige Heiserkeit). Auf Galvanisation erfolgte Besserung, aber nach wenigen Tagen entzog sich P. der Beobachtung.

Der Fall erscheint nach der Schilderung nicht ganz klar. Sollte es sich hier nur um eine Lähmung des Crico-aryt. lateralis handeln? Woher dann die Unthätigkeit des Crico-aryt. posticus, die fehlende Abziehung des linken Stimmbandes bei der Inspiration? Und sollte die beim Patienten bestehende Druck-

empfindlichkeit des prominenten Angulus Ludovici nur Folge angestrengten Sprechens sein. wie Verf. meint?

Unverständlich ist der Satz, dass „die Dilatationsstellung des linken Stimmbandes, obwohl nur leichten Grades, Folge der Lähmung des Crico-aryt. lateralis und nicht des Posticus sei, weil sie (die Dilatation) in letzterem Fall eine vollständige (!) und mit Respirationsstörung verbunden gewesen wäre".

Die leichte Dilatationsstellung bei der Phonation beruht wohl auf einer Parese des Crico-aryt. lateralis, während die vollständig mangelnde dilatatorische Excursion bei der Inspiration doch nur Folge einer Posticuslähmung sein kann. Ref. KURZ.

121) **Theodore Williams** (London). **Ein Fall von theilweise organisirtem Brustaneurysma. (Case of partially solidified thoracic aneurysm.)** *British Medical Journal. 30. October 1886.*

Vortrag vor der Medical Society of London am 25. October 1886. Paralyse des linken Stimmbandes, sonst nichts Besonderes. SEMON.

## f. Schilddrüse.

122) **J. Pruss** (Krakau). **Beitrag zur Physiologie der Schilddrüse. (Przyczynek do nauki o fizyjologii gruczolu tarczykowego.)** *Przeglad lekarski. No. 36—40. 1886.*

Diese interessante und sorgfältige Arbeit wurde im physiologischen Institut zu Krakau, unter Leitung des Prof. Cybulski, ausgeführt. Nach einem historischen Rückblick, in welchem die früheren Ansichten über die Function der Schilddrüse von Luschka, Freund, Schiff, Zesas, Ughetti und Maltei angeführt werden, bespricht P. ausführlich die letzten von Horsley ausgeführten Experimente, welche denselben zu dem Schlusse führten, dass beim Affen, durch Exstirpation der Schilddrüse, künstliche Zustände hervorgerufen werden, die frappant an Myxödema, Cretinismus resp. Kocher's Cachexia strumipriva erinnern, und dass diese drei Zustände auch beim Menschen wahrscheinlich identisch sind. Nachdem P. noch die Arbeiten von Philipeaux, Kaufmann, Sanquirico und Canalis, Albertoni und Tizzoni angeführt und die zumeist widersprechenden Ansichten derselben betont, beschreibt er ausführlich die Untersuchungsmethode seiner eigenen sehr fleissigen Experimente.

Verf. ging bei dieser Studie von der Idee aus, durch histologische Untersuchungen sowohl normaler wie durch Faradisation gereizter Schilddrüsen die Function dieses räthselhaften Organs aufzuklären. Er widmete daher Anfangs seine Aufmerksamkeit den Nerven der Glandula thyreoidea.

Es gelang ihm, ausser den bekannten Aesten des Sympathicus, in der Schilddrüse die Verästelungen des Laryng. sup. nachzuweisen und durch electrische Reizung dieser beiden Nervenstämme folgende Resultate zu erreichen:

Im Sympathicus verlaufen die N. vasoconstrictores, im Laryng. sup. die N. vasodilatatores der Schilddrüse. Weitere Untersuchungen der Physiologie der Schilddrüse und zwar des aus der Drüse fliessenden Blutes ergaben, dass in 1 Cbctm. Blut, welches aus den Venen entnommen wurde, $^1/_8$ weniger rothe

und $^3/_4$ weniger weisse Blutkörperchen enthalten sind, als in derselben Quantität von Blut der Art. thyreoidea.

Was den histologischen Vergleich von faradisch gereizten und normalen Schilddrüsen anbetrifft, so zeigte sich, dass die physiologisch gereizte Schilddrüse von einer gewissen Veränderung in den Drüsenzellen begleitet wird, obwohl nicht in einem so hohen Grade, wie dies in der Speicheldrüse vorkommt. Der Inhalt der Drüsenzellen d. h. die Zahl der glänzenden Kügelchen, die früher als pathologisches Product aufgefasst wurden (Colloid), nimmt zu. Die Reste der Zellen, die den Inhalt der Drüsenbläschen bilden, stammen von dem Drüsenepithel, welches sich ablöst, zerfällt und dessen Kerne sich am längsten erhalten. Die Regeneration der Epithelzellen ist eine Folge der Kerntheilung, die P. durch das Auffinden karyokinetischer Figuren bestätigen konnte. Der Inhalt der Drüsenzellen wird aus der Drüse durch die Lymphgefässe fortgeschafft. P. kommt zum Schluss, dass der Glandula thyreoidea, wie dies aus dem Vorhandensein von Gefässerweiternden und Gefässverengernden Nerven zu ersehen ist, eine gewisse Function zukommt, was durch die Veränderungen der Drüsenzellen nach der faradischen Reizung noch bekräftigt wird. Wahrscheinlich werden die Producte der Drüsenzellen durch die Lymphgefässe in den Blutstrom geführt und spielen eine gewisse Rolle bei den chemischen Vorgängen unseres Organismus. P. glaubt, dass die Physiologie der Schilddrüse nur durch chemische Untersuchungen aufgeklärt werden kann.

Im Anhang bespricht P. die Ergebnisse seiner Schilddrüsenexstirpationen beim Hunde, welche mit den Experimenten von Horsley, Albertoni und Tizzoni übereinstimmen. Schon nach Schluss seiner Arbeit fand P. in einer Studie von Fuhr (Die Exstirpation der Schilddrüse, Archiv f. exper. Pathologie, Bd. 21, H. 5 u. 6), dass dieser Autor ebenfalls anatomisch nachwies, dass die Schilddrüse vom Laryng. sup. innervirt wird. Fuhr kommt auf Grund seiner Experimente zum Schluss, dass Hunde die Exstirpation nicht überleben und deshalb eine vollständige Exstirpation bei dem Menschen auch nicht zulässig ist. (Dieselbe Ansicht ist auch durch Mikulicz ausgesprochen worden, auf Grund klinischer Erfahrung. Ref.) HERING.

123) **Fuhr. Die Exstirpation der Schilddrüse.** *Archiv für experim. Pathologie u. Pharmacologie. Bd. XXI. Heft 5 u. 6. 5. August 1886.*

Ausgehend von der Thatsache, dass nach totaler Exstirpation der Schilddrüse nicht selten Tetanie sowie Cachexia strumipriva auftritt, sucht Verf. nach den Gründen dieser Zustände, resp. nach der physiologischen Bedeutung der Schilddrüse. Nach einer eingehenden, historisch geordneten Uebersicht über die verschiedenen Anschauungen in Betreff der Function der Thyreoidea kommt er zu folgenden Schlüssen:

Die Exstirpation der Schilddrüse beim Hunde ist stets tödtlich. Die Thiere verenden in längstens 21 Tagen, einerlei ob man die Drüsen gleichzeitig vollständig, oder allmälig entfernt — nach Krankheitssymptomen, die auf Störungen des Centralnervensystems hinweisen. Dieselben können jedoch nicht dadurch bedingt sein, dass mit der Schilddrüse der Regulirungsapparat für die Blut-

druckverhältnisse des Centralnervensystems, speciell des Gehirns wegfällt. Das Krankheitsbild, das schilddrüsenlose Hunde bieten, kann durch keine bei der Operation nur mögliche Nebenverletzung oder durch septische Processe in der Wunde hervorgerufen werden. Ueberlebt ein Hund den Eingriff, so ist mindestens ein Drittel der Hauptdrüse in Form einer oder mehrerer Nebenschilddrüsen zurückgeblieben. Die bisherigen gegentheiligen Behauptungen sind darauf zurückzuführen, dass die betreffenden Experimentatoren sich in dem anatomischen Objecte irrten und etwas Anderes als die Schilddrüse entfernten. Für die von Schiff behauptete und von keiner Seite bestätigte Gefahrlosigkeit der zweizeitigen Operation fehlt bis jetzt jede genügende Erklärung. Die Experimente am Thiere im Verein mit den beim entkropften Menschen auftretenden Erscheinungen machen es mehr als wahrscheinlich, dass die Cachexia strumipriva durch den Wegfall der specifischen Function der Schilddrüse bedingt ist. Dass nicht alle Entkropften an der Cachexie erkranken. hat seinen Grund darin, dass es in den meisten Fällen nicht gelingt, die Schilddrüse vollständig zu entfernen. Die Totalexstirpation des Kropfes muss aber endgültig als eine physiologisch unzulässige Operation bezeichnet werden. [Das Studium des Originals der ausgezeichneten Arbeit ist dringend zu empfehlen. Red.] SCHECH.

124) J. Mikulicz (Krakau). **Ueber Strumaresection, nebst einigen Bemerkungen über die Folgen der totalen Strumaexstirpation. (O resekcyi wola, z uwagami o nastepstwach calkowitego wyluszczenia gruczolu tarczykowego.)** *Przegl. lekarski. No. 48. 1885.*

Der Inhalt dieser Arbeit deckt sich mit einer späteren ausführlicheren Publication, welche in der „Gazeta lekarska“, No. 1 u. 2, 1886 erschienen und in der 5. Nummer dieser Zeitung vom Unterschriebenen bereits referirt worden ist.
HERING.

125) Garré (Basel). **Zur Frage der Kropfexstirpation mit Bemerkungen über „Cachexia strumipriva“.** *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. No 21. 1886.*

Verf. führt im Eingang die verschiedenen, seit Bekanntwerden der Cachexia strumipriva an Stelle der Totalexstirpation getretenen Methoden an, nach welchen jetzt die Schilddrüse nur theilweise entfernt wird. Eine solche ist die intraglanduläre Ausschälungsmethode von Socin. Andere haben dieselbe bei den Kropfcysten auch schon angewandt, aber Socin hat sie allein zu einer für alle Strumen gültigen Operationsmethode erhoben, indem er erkannte. dass bei der überaus grossen Mehrzahl der Kröpfe, welche zur Operation gelangen, die erkrankten Theile in Form von umschriebenen Kropfknoten in der Drüse mehr weniger tief eingebettet liegen und mit einer vollständigen Kapsel sich von dem umgebenden gesunden Gewebe abgrenzen. Diese Knoten lassen sich mit stumpfen Instrumenten oder mit dem Finger leicht und ohne grosse Blutung herausschälen. Die Kapsel habe keinen Hilus mit grossen Gefässen und die Knoten werden überhaupt nur mit kleinen Gefässen versorgt. Die einzige Schwierigkeit sei die Auffindung der Kapsel, wenn der Knoten tief liegt. Dann müsse man sich durch das darüber liegende Gewebe hindurcharbeiten und dasselbe mit haemostatischen Pincetten

fassen, aber schwere Blutungen habe man nie zu befürchten. Verf. frägt nun, ob mit dieser Methode die Cachexie verhindert werde, und auf was es eigentlich ankomme, damit dieselbe nicht eintrete. Hierauf antworten ihm die Ergebnisse der Experimente von Fuhr an Hunden, welche zeigten, dass diese Thiere unter den von Schiff beschriebenen Zeichen nach der Totalexstirpation der Schilddrüse immer starben, wenn sie nicht zufällig irgendwo eine Nebenschilddrüse hatten, welche von der Operation unbehelligt geblieben war.

Ganz übereinstimmende Thatsachen ergaben zwei Fälle von Kocher, welche von der Cachexie verschont blieben und bei denen es sich später herausstellte, dass ein Schilddrüsenrest zurückgeblieben war. Fuhr widerlegte ferner experimentell die Theorien von der Nervenverletzung und die Regulationstheorie, indem er einige Mal bei intakt bleibender Schilddrüse die sämmtlichen Nerven derselben und auch die N. recurrentes durchschnitt, und bei anderen Hunden die Hauptgefässe der Drüse unterband, ohne dass die Thiere spastische Erscheinungen zeigten oder starben; aus welchem Allem Fuhr schliesst, dass die Cachexia strumipriva nur durch den Wegfall der specifischen Function der Schilddrüse bedingt werde.

Garré betont weiter, dass eine totale Degeneration der Schilddrüse ähnlich wirken müsse, wie die Ausrottung derselben und erklärt damit gegen Bircher's Meinung den Zusammenhang von Kropf und Cretinismus.

Die Socin'sche Ausschälungsmethode habe nun den Vortheil, dass mit ihr allein das kranke Schilddrüsengewebe entfernt wird. Selbst bei stark entarteten Schilddrüsen sei immer noch normales Drüsengewebe vorhanden. Da dies bei der Ausschälung zurückbleibe, so könne durch diese Methode nie Cachexie entstehen. Fernere Vortheile derselben sind die geringen Blutungen und die Unmöglichkeit, die grossen Halsnerven zu verletzen. Endlich wird noch der kosmetisch schöne Erfolg angeführt, den die Socin'sche Methode aufzuweisen habe. Denn mit dem normalen Drüsengewebe bleibe auch das natürliche Polster zwischen der Luftröhre und den Kopfnickern zurück, und der Hals bekomme nie das bekannte hässliche Aussehen, wie sonst häufig nach Kropfexstirpationen. Dieser ästhetische Grund hat auch Socin auf sein Operationsverfahren geführt.

Es wäre noch manche Einzelheit aus der vorliegenden interessanten Arbeit zu erwähnen und Ref. kann nur lebhaft zum Lesen des Originals auffordern.

JONQUIÈRE.

126) **Baumgärtner** (Baden-Baden). **Ueber Cachexia strumipriva.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 50. S. 891. 1886.*

Der Aufsatz giebt den Vortrag wieder, den B. auf der Naturforscher-Versammlung gehalten hat. Er machte im Ganzen 14 Totalexcisionen. Von diesen starben 3 an Sepsis. 5 bekamen Cachexie. Ueber 4 derselben hat B. schon früher berichtet. Eine davon ist inzwischen an Lungenhämorrhagie gestorben, eine zweite lebt vollkommen cachectisch und wegen Glottisstenose tracheotomirt. Die beiden anderen waren leichtere Fälle. Von denen ist die eine noch gedächtnissschwach und zum Tragen einer Trachealcanüle genöthigt, die Zweite hat noch ein gedunsenes Gesicht, ist aber geistig wieder fähiger geworden. Diesen Fällen fügt B. einen fünften, ebenfalls leichten hinzu. Die 6 übrigen total Entkropften

— der jüngste Fall ist 22 Jahr alt — sind aber bisher gesund geblieben. B. führt jetzt im Gegensatz zu seinen früheren Ansichten das Wesen der Cach. strumip. auf krankhafte Veränderungen des Sympathicus zurück. Trotz alledem will B. die Totalexstirpation noch nicht ganz verwerfen und hält sie als Indicatio vitalis bei benignen und für maligne Strumen für durchaus indicirt. B. FRAENKEL.

127) **H. Schmid. Ein Fall von Cachexia strumipriva.** Aus dem Augusta-Hospital. *Berliner klin. Wochenschrift. No. 31. 1886.*

In den Jahren 1880—1886 wurden im Augusta-Hosp. 25 Kropfexstirpationen, meist von Prof. E. Küster ausgeführt. Darunter sind 2 wegen maligner Geschwülste, von denen 1 bald nach der Operation septisch, der andere später an Metastasen starb. Einseitige Exstirpation wurde 17 mal immer mit gutem Erfolge auch für die spätere Lebenszeit der Patienten ausgeführt. Von den 6 Totalexstirpationen starben 2 bald nach der Operation an Verblutung, ein Dritter ein Jahr später an Phthise, der 4. Fall — ein junges Mädchen — heilte und blieb gesund, der 5., eine Frau von 38 Jahren, musste ein halbes Jahr nach der Operation wegen Abductorenparalyse tracheotomirt werden und trägt dauernd eine Canüle, der 6. Fall bekam Cachexia strumipriva. Es handelte sich um einen 17 Jahr alten Knaben aus Polen, dem vor drei Jahren eine colossale Struma wegen Dyspnoe und zwar in 2 Sitzungen jedesmal mit Tracheotomie entfernt wurde. Nach kurzem Wohlbefinden nach der Operation stellte sich die Cachexie ein. Er wuchs nicht mehr und entwickelte sich nicht weiter (Schamhaare z. B. fehlen), im Gegentheil, er wurde durchaus stupid. Haut welk und fahl, an den Wangen und Handrücken ein geringes Oedem. Laryngoskopischer Befund normal. Es ist dies, soviel Ref. weiss, der erste Fall von Cachexia strumipriva, der in Norddeutschland veröffentlicht wird. B. FRAENKEL.

128) **C. W. Suckling** (Birmingham). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *British Medical Journal. 27. November 1886.*

Ein Fall von Myxoedem bei einem 40jährigen Mann, demonstrirt in der Midland Medical Society. A. E. GARROD.

129) **W. M. Ord und Victor Horsley** (London). **Myxoedem.** *Brit. Med. Journal. 27. November 1886.*

Der Zweck der vortrefflichen Vorträge und Demonstrationen der Genannten war, den Mitgliedern der Metropolitan Counties Branch der Brit. Med. Association einen Einblick in die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie des Myxoedems und in die experimentellen und chirurgischen Erfahrungen über die Folgen der totalen Schilddrüsenexstirpation zu geben. Neues wurde nicht vorgebracht. SEMON.

130) **W. M. Ord** (London). **Myxoedem mit Contracturen. (Myxoedema with flexures.)** *Brit. Med. Journal. 17. April 1886.*

O. zeigte am 12. April 1886 eine Patientin vor der Med. Society of London, die ausser den typischen Symptomen des Myxoedems Contracturen der Flexoren der Hände und Füsse aufwies. Dies ist ein durchaus ungewöhnliches Symptom bei Myxoedem. Die Contracturen waren übrigens nicht sehr schwerer Natur. In

der Discussion, an der sich die Herren Stephen Mackenzie, Beevor, Heron und Drewitt betheiligten, erwähnte der Vortragende, dass ihm wenigstens drei Fälle hereditären Myxoedems bekannt seien. SEMON.

131) **William Stokes** (Dublin). **Acutes Myxoedem nach Exstirpation der Schilddrüse. (Acute myxoedema following thyroidectomy.)** *British Medical Journal 16. October 1886.*

St. berichtet den Fall einer 18jähr. Frau, welche eine Struma hatte, durch welche die Respiration behindert wurde. Der linke und rechte Lappen wurden nach einander durch zwei Operationen entfernt, wobei Patientin sehr collabirte. Sie erholte sich jedoch von den Operationen, zwischen welchen ein Intervall von 4 Monaten lag, ganz gut. In dieser Zwischenzeit schwoll die rechte Seite des Tumors zuerst ab, später jedoch wuchs sie wieder. Elf Tage nach der zweiten Operation klagte sie über heftige Schmerzen in den Beinen und Kniegelenken, deren Ursache nicht entdeckt werden konnte. Am 12. Tage hatte sie einen epileptiformen Anfall, und es zeigte sich etwas Schwellung über den Augenlidern, Handrücken und Metatarsus beider Füsse. Auf Fragen antwortete sie langsam. Die Krämpfe bestanden fort und die Schwerfälligkeit des Geistes nahm von Tag zu Tag zu. Es trat später Lungenödem auf und Patientin starb am 21. Tage nach der Operation. Der Tumor hatte die Charaktere des gewöhnlichen Schilddrüsengewebes.

St. erwähnt zwei andere Fälle. In dem einen hatte die partielle Entfernung der vergrösserten Schilddrüse ein dauernd gutes Resultat; in dem anderen hatte die Spaltung des Isthmus einen ebenso befriedigenden Ausgang. In beiden Fällen verkleinerte sich der zurückgebliebene Theil des Tumors ganz beträchtlich nach der Operation. A. E. GARROD.

132) **James Gordon** (East Linton, N. B.). **Myxoedem nach Exstirpation der Schilddrüse. (Myxoedema following upon removal of the thyroid gland.)** *Lancet. 10. Juli 1886.*

Ein ausführlicher und sehr interessanter Bericht über das Auftreten von Myxoedem bei einer Patientin, deren Schilddrüse vor 11 Jahren glücklich exstirpirt worden war. Als sie drei Monat nach der Operation das Krankenhaus verliess, waren ihr Gesicht und Stimme so verändert, dass ihre eigene Mutter sie nicht wiedererkannte. Im Laufe der Zeit bot sie verschiedene Zeichen von Myxoedem dar. Zuletzt hat sich ihr Zustand sehr gebessert, aber der Fortschritt war ein sehr allmäliger.

G. bespricht die bei diesem Falle in Frage kommenden Punkte und neigt zu der Ansicht, dass ein Zusammenhang zwischen der Schilddrüse und dem vasomotorischen Centrum in der Medulla bestehen dürfte. A. E. GARROD.

133) **Gilbert Barling** (Birmingham). **Autopsie eines Falles von Myxoedem. (Necropsy of a case of myxoedema.)** *Lancet. 20. November 1886.*

B. berichtet die Autopsie des Falles, welche Dr. Suckling in der Lancet vom 15. Mai 1886 mitgetheilt hatte.

Patient war eine sehr kräftige alte Frau. (Ein Einschnitt in die Gewebe

zeigte nicht das schleimige Aussehen, das in anderen Fällen erwähnt wird. Die Schädelknochen waren sehr dick, besonders an der Stirn. Die Schilddrüse, besonders der rechte Lappen, war klein und hart und konnte nur schwer von der Halsfascie losgelöst werden. Das Gewicht war ca. 8 Grm.

Das Mikroscop zeigte eine einfache Atrophie der Drüsenstructur; die submaxillaren Drüsen waren normal; die Lungen zeigten an einzelnen Stellen käsige und verkalkte Knoten. Der linke Herzventrikel war hypertrophisch, die Aorta stark atheromatös. In der Bauchhöhle waren einige Unzen klarer, eiweissartiger Flüssigkeit, welche beim Kochen gerann. Die Leberkapsel war verdickt und an den Magen adhärent; an einzelnen Stellen bestand leichte oberflächliche Cirrhose. Die Gallenblase enthielt ca. 120 Grm. Eiter, der Ductus war durch einen festen Stein verstopft. Die Nieren wogen 130 Grm., die Rinde war verschmälert, die Kapsel adhärent, und es bestand interstitielle Nephritis. Die Milz wog 240 Grm.

A. E. GARROD.

---

# III. Kritiken und Besprechungen.

a) **Morell Mackenzie** (London). **Die Hygiene der Stimmorgane. (The hygiene of the vocal organs.)** London, 1886. Macmillan & Co.

[Da der Autor im Titel seines Werkes dasselbe ausdrücklich als: „Ein praktisches Handbuch für Sänger und Redner" bezeichnet, so bedarf es keiner besonderen Motivirung, dass wir eine Autorität aus den Kreisen derjenigen, für welche das Buch bestimmt ist, ersucht haben, ihre Ansicht über die in demselben niedergelegten Grundsätze kundzugeben. Der Vater der Laryngoscopie, Manuel Garcia, hat die Güte gehabt, sich dieser Aufgabe zu unterziehen. Seine Kritik weicht vielleicht in einigen Punkten von der üblichen Form medicinischer Besprechungen ab, doch erschien es uns so interessant, unseren Lesern dreissig Jahre nach seiner eigenen Entdeckung eine Mittheilung aus seiner Feder darbieten zu können, dass wir es für unsere Pflicht gehalten haben, nicht nur den Sinn, sondern auch die Ausdrucksweise des Originals so pietätvoll als möglich in der Uebersetzung zu wahren. Red.]

Ich habe soeben Dr. Morell Mackenzie's „Hygiene der Stimmorgane" gelesen, ein Buch, über welches Sie meine Ansicht wünschen.

Dieses Werk, welches sein Verfasser dem Publikum als die Frucht seiner langen Erfahrung vorlegt, ist wichtig genug, um von seinen Kritikern ein gründliches Studium seines Inhalts und eine lange und sorgsame Besprechung zu verlangen. Da es indessen nicht in meinen Kräften liegt, allen Theilen seines Inhalts eine solche Besprechung angedeihen zu lassen, so werde ich meine Bemerkungen auf einige Punkte beschränken, welche mich speciell interessiren.

Die Rathschläge, welche der Verfasser in seiner Capacität als Arzt Sängern und Rednern hinsichtlich der Vorsichtsmassregeln ertheilt, welche nothwendig sind, um die Stärke und Schönheit der Stimme zu erhalten, sind unschätzbar und verdienen die Dankbarkeit aller Interessenten.

In dem Kapitel, welches von der Kinderstimme handelt, lehnt sich Dr. Mackenzie mit Recht gegen den „Massenunterricht" auf. Und er giebt den

bestmöglichen Grund für seine Opposition, indem er sagt, dass die meisten Kinder, vom Geiste des Wetteifers getrieben, beim gemeinschaftlichen Singen ihre Stimmen überanstrengen und verderben. Es ist durchaus erforderlich, dass stimmlicher Unterricht einzeln und je nach den Erfordernissen des Individuums ertheilt wird.

Dr. Mackenzie hält es für nützlich, Kinder ihre stimmlichen Uebungen im Alter von 5—6 Jahren oder selbst zu einer noch früheren Zeit beginnen zu lassen. Es ist in der That möglich, ihnen bereits in diesem zarten Alter ganz einfache Lieder beizubringen. Doch sollten sie erst während der Zeit vom siebenten bis zum zwölften Lebensjahre die Tonleitern in den sieben Schlüsseln zu singen beginnen und dieses Studium erfordert die grösste Sorgfalt. Kinder benutzen die Bruststimme so weit herauf als sie können, nicht weil dieselbe eine natürlichere Stimme ist, als das Falsett, sondern weil sie ihrer natürlichen Energie mehr entspricht. Dabei setzen sie sich stimmlicher Ueberanstrengung aus. Es erfordert daher gerade der Gesangsunterricht der Kinder viel Urtheilskraft und grosse Erfahrung, und derselbe sollte nicht der Sorge des Ersten Besten anvertraut werden. Und bei den ersten Zeichen des Beginns der Pubertätsperiode müssen alle gesanglichen Uebungen aufhören!

Dr. Mackenzie ist anderer Ansicht. Er plaidirt für Gesangsübungen während der ganzen Dauer dieser kritischen Periode*) und citirt mehrere Berühmtheiten, um seine Ansichten zu stützen. Ich kann ihm einen nicht citirten Fall zur Verfügung stellen. Mein Vater machte die Uebergangszeit durch, ohne dass er aufgehört hätte, zu singen, und ohne dass ihm dies den geringsten Schaden gethan hätte. Aber meine Schwestern, die Damen Malibran und Viardot mussten beide ein Jahr hindurch pausiren. Ich selbst fuhr fort zu singen und meine Stimme wurde ruinirt! —

Bei allem Respekt für Dr. Mackenzie's grosse Erfahrung in diesen Dingen kann ich nicht umhin zu glauben, dass die alte Regel, die so viele Stimmen geschützt hat, nicht auf Grund einiger seltener Ausnahmen bei Seite geschoben und die grosse Mehrzahl junger Sänger dem zweifelhaften Gutdünken unwissender oder unvorsichtiger Lehrer überantwortet werden sollte.

Bei der Besprechung der Register sagt der Verfasser: (Anmerkung p. 54 und p. 76): „Es dürfte wohl Jedermann auffallen, dass während fast alle wissenschaftlichen Beobachter, wie Müller, Mandl, Bataille, Vacher, Koch, Meyer, Gouguenheim & Lermoyez sich mit einer Eintheilung der Stimme

*) „Ausser wenn der Kehlkopf während der Uebergangsperiode im höchsten Grade congestionirt und die Stimme absolut uncontrollirbar (utterly disorganised) ist, bin ich durchaus der Ansicht, dass der Gesangsunterricht fortgesetzt werden sollte." (S. 182.)

Vergleichen wir diesen Rathschlag mit den Vorsichtsmassregeln, welche unser Autor auf S. 135 empfiehlt („Ein Punkt von höchster Wichtigkeit behufs Conservirung der Stimme ist der, niemals zu singen, wenn man fühlt, dass sich der Stimmapparat nicht im Zustand grösster Leistungsfähigkeit befindet" etc. etc.) — so möchte ich fragen, wie wir die beiden mit einander in Uebereinstimmung bringen sollen?

in zwei Unterabtheilungen begnügen, Musiker (Garcia, Madame Seiler, Behnke) das complicirtere Arrangement von fünf Registern bevorzugen (affect).“

Meine Eigenschaft als Musiker, auf welche ich stolz bin, verhindert mich nicht, etwas richtigere Ansichten über die Registerfrage zu besitzen, als Dr. Mackenzie geneigt ist, mir zuzugestehen. Es ist nicht angenehm, sich selbst citiren zu müssen, ich darf indessen nicht durch mein Schweigen die Anschuldigung, einen so beträchtlichen Irrthum begangen zu haben, als berechtigt anerkennen. Im Jahre 1841, in welchem meine Methode des Gesangsunterrichts erschien, definirte ich den Ausduck „Register“ in folgender Weise: „Mit dem Wort „Register“ bezeichnen wir eine Reihe aufeinanderfolgender, homogener, von der Tiefe zur Höhe aufsteigender, durch die Entwicklung eines und desselben mechanischen Princips zu Stande kommender Töne, welche Reihe ihrer Natur nach von einer anderen Reihe ebenfalls auf einanderfolgender und homogener Töne, die durch einen anderen Mechanismus producirt werden, wesentlich verschieden ist, . . . . . . . . . welches auch immer die Modificationen in Qualität und Stärke sein mögen, denen diese Reihen unterworfen werden können.“

Diese Definition, welche im Wesentlichen identisch mit der von Dr. Mackenzie (p. 53) selbst gegebenen ist, war wegen der Verwirrung nothwendig, welche zu jener Zeit zwischen den Begriffen „Timbre“ und „Register“ existirten. Beide wurden zusammengeworfen unter den Ausdrücken:

Bruststimme.
Kopfstimme.
Voix sombre.
Voix mixte.
Mezzo-petto.
Falsett oder Mittelstimme.
Voix blanche.
Voix laryngée.
Voix sus-laryngée
etc. etc.

Aus diesem Chaos machte ich die Classification in zwei Register*) (Brust- und Falsett-Kopfregister) und zwei Timbres oder Stimmcharaktere: das gedeckte (sombre) und das offene (clair) Timbre. Diese Classification ist allgemein adoptirt worden. Warum soll nun angenommen werden, dass ich für mich selbst die Irrthümer zurückbehalten habe, welche ich für Andere aufgeklärt habe? —

Ich komme nunmehr zu dem Abschnitt, in welchem Dr. Mackenzie über den Lehrer herfällt, der die Prätension hat, Stimmen schaffen zu wollen. Um gerecht zu sein sollte er auch diejenigen denunciren, welche einen Contralt in einen Sopran oder einen Baryton in einen Tenor zu verwandeln versuchen, und vor allem sollte er diejenigen Componisten verdammen, welche Musik schreiben, die den armen Sänger zwingt, sich immerwährend mit grösster Anstrengung an den äussersten Grenzen seines Stimmumfangs zu bewegen. Diese Herren ver-

*) Das Laryngoscop ermöglichte es mir später, drei Mechanismen, welche den drei Registern: Brust-, Falsett-, Kopfstimme entsprachen, zu ermitteln.

schulden den Ruin einer grösseren Anzahl von schönen Stimmen, als durch die Einflüsse des Greisenalters oder von Krankheiten zu Grunde gegangen sind. —

Dr. Mackenzie verwirft (p. 99) den Gebrauch des Larynsgoscops, des Spirometers, des Stethometers und anderer „stimmerziehlicher“ (vocicultural) Apparate beim Unterricht als schlimmer denn nutzlos. Mit seiner Erlaubniss wollen wir seine eigene „Pneumatische Maschine“ (p. 107) dieser Liste hinzufügen.

Es sei mir indessen gestattet. zu Gunsten des Laryngoscops zu plaidiren. Wenn sich dasselbe unter dem Vorwande, dass es zeigen könne: wie man singen müsse, während der Phonation in den Hals aufdrängt, so ist es offenbar ein Marterinstrument und verdient, ohne Gnade fortgeworfen zu werden. Anders aber scheint mir die Sache zu liegen, falls es beanspruchen darf, eine neue Aera in unserem Wissen von der Physiologie der Stimme eingeleitet zu haben, und hier möchte ich zu seinen Gunsten einige wenige der Dienste, welche es geleistet hat, als Zeugen aufrufen:

Das Laryngoscop hat „de visu“ demonstrirt, dass die Glottis der einzige Sitz der Stimmbildung ist, und hat die alten Hypothesen über diese Frage für immer vernichtet. Es hat die absolute Verschiedenheit zwischen den Mechanismen der Register und der Timbres bewiesen. Es hat die Existenz der drei Register bestätigt, indem es gezeigt hat, 1. dass sich für die Bruststimme die Glottis progressiv bis zu dem Punkte verkürzt, wo die beiden Processus vocales einander complet berühren, 2. dass dieselbe Bewegung, nur weniger energisch, das Falsett producirt, 3. dass für die Kopftöne die Schwingungen auschliesslich in dem ligamentösen Theile der Glottis erzeugt werden.

Wäre Dr. Mackenzie ohne die Hülfe dieses kleinen Instruments im Stande gewesen, die genaue Beschreibung der Action der Glottis zu geben, welche p. 56 et seq. seines Buches einnimmt? Könnte er die zahlreichen und interessanten Meinungsäusserungen gesammelt haben, welche er unter dem Titel: „Kritische Bemerkungen über die verschiedenen Theorieen hinsichtlich des Mechanismus der Register auf p. 75 et seq. zusammenstellt?

Mir selbst hat das Laryngoscop geholfen, viele Unsicherheiten zu beseitigen, und mich in meinem Unterrichtssystem zu befestigen.

Es bleibt mir übrig, noch eines Punktes zu gedenken.

Obwohl ich Dr. Mackenzie's Ansicht, dass ein Schüler ein tüchtiger Sänger werden kann, ohne jemals die Glottis gesehen zu haben, vollständig theile, so glaube ich doch, dass einige wissenschaftlich richtige Ideen über die Bildung und die Action des Stimmorgans dem angehenden Sänger eher nützlich als schädlich sein dürften. Dieser Glauben scheint von Dr. Mackenzie selbst getheilt zu werden. Denn weshalb sollte er sonst „Sängern und Rednern“ ein mit so vieler Sorgfalt ausgearbeitetes anatomisches und physiologisches Werk gewidmet haben?

Mein eigener Wunsch ist, dass Lehrer und Schüler die „Hygiene der Stimmorgane“ zum Gegenstande ernstlichen Studiums machen und aus dem Werke all' die werthvolle Belehrung ziehen mögen, welche dasselbe enthält.

MANUEL GARCIA (London).

b) **Sitzungsbericht der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. (Compte-rendu de la société française d'otologie et de laryngologie.)** Ostern 1886. *Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie. Tome III. Fasc. II. — Revue mensuelle de Laryngologie. No. 5, 6, 7, 8. 1886.*

Hering (Warschau). Ueber die Heilbarkeit tuberculöser Geschwüre des Larynx im Allgemeinen und über deren Behandlung mit Milchsäure. (De la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx en général et de leur traitement par l'emploi de l'acide lactique).

Vgl. zu diesem Vortrag das Autoreferat des Verfassers. (No. 92 dieser Nummer).

In der Discussion bemerkt Garel, dass er an der Wirksamkeit der Localbehandlung der Kehlkopftuberculose zweifle. Dagegen nimmt Gouguenheim Partei für dieselbe, da sie den Zweck habe, den Destructionsprocess aufzuhalten. Werthvoll seien die mikroskopischen Befunde Hering's, die eine Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Syphilis erlauben. Der Referent und Ferras meinen, dass in den meisten Fällen diese Diagnose auch ohne Mikroskop möglich sei, was Gouguenheim bestreitet.

Moura hebt hervor, dass die Narben von ausgeheilter Tuberculose, die man bei der Autopsie von Tuberculösen finde, eine deutliche Indication seien, der Natur bei dem Heilungsprocess behilflich zu sein. Er habe schon im Jahre 1872, in seiner Arbeit über die Laryngopathien mehrere Fälle von geheilten Kehlkopfgeschwüren angeführt.

Massei (Neapel). Localbehandlung der Kehlkopftuberculose (ulceröse Periode) mit chirurgischen Mitteln. (Traitement local de la tuberculose laryngée [période ulcéreuse] par les moyens chirurgicaux.)

M. unterscheidet folgende Formen von Kehlkopftuberculose: 1. die ulceröse Form, 2. die Perichondritis der Aryknorpel, 3. die Infiltration der Stimmbänder, 4. die Ablagerung von Tuberkeln auf den Stimmbändern und endlich nimmt er mit Chiari, J. Mackenzie, Schnitzler und Ariza 5., die polypöse und vegetative Form an.

Bei der Behandlung habe man in letzter Zeit nicht nur auf die Indicatio symptomatica (Odynphagie) und die Indicatio vitalis (Larynxstenose) Rücksicht genommen, sondern man glaubte Mittel gefunden zu haben, die der Indicatio causalis entsprächen und eine Radicalbehandlung gestatten.

Unter diesen Mitteln hebt er das Jodoform hervor, dessen er sich seit 6 Jahren mit grossem Vortheil bedient. Die Milchsäure habe ihm keine besseren Resultate gegeben. Schliesslich empfiehlt M. vor der Application dieser beiden Mittel Inhalationen mit Sublimatlösung (1 : 1000) machen zu lassen.

Moura (Paris). Pathologische Anatomie von Kehlkopfaffectionen. (Anatomie pathologique des affections laryngées).

M. hat an der Klinik und im Laboratorium des alten Hôtel-Dieu eine Sammlung von über 80 anatomischen Kehlkopfpräparaten angelegt, deren Nomenclatur und Classification er der Gesellschaft mittheilt.

Garel (Lyon). Arbeit über das Rindencentrum des Kehlkopfs. (Mémoire sur le centre cortical du larynx).

G. glaubt auf Grund nachstehenden Falles, das Rindencentrum des Kehlkopfes in die Gegend des Fusses der 3. Stirnwindung, nahe der Furche, welche die letztere von der Convolutio frontalis ascendens trennt, verlegen zu dürfen.

Die 72jährige Kranke hatte einen apoplectischen Anfall mit Verlust des Bewusstseins mit rechtsseitiger Hemiplegie, rechtsseitiger Facialisparalyse und Aphasie.

Das Bewusstsein kehrte allmälig zurück, doch konnte die Kranke nur einige grunzende Laute hervorbringen.

Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt Lähmung des linken Stimmbandes in Cadaverstellung.

Bei der Obduction constatirte man atheromatöse Veränderungen der Gefässe der Hirnbasis, ferner an der linken Hemisphäre, 4 bis 5 erweichte Stellen, die den classischen Läsionen: Aphonie und rechtsseitige Paralyse der Extremitäten, entsprechen, und endlich zeigte sich an der rechten Hemisphäre an der Eingangs beschriebenen Stelle der 3. Hirnwindung ein kleiner Erweichungsherd, der auf die Rindensubstanz beschänkt blieb.

Von den weiteren 2 Fällen giebt G. keinen Obductionsbefund. (Vgl. hierzu Referat 65 der Februarnummer 1887. Red.)

Rougier (Lyon). Zwei Fälle von Lypemanie mit Verfolgungsdelirium, durch Hallucinationen des Geruches, des Geschmackes und des Gehörs characterisirt. Die Hallucinationen waren die Folge von Veränderungen der Mund-, Nasen- und Nasenrachenschleimhaut, sowie des Nasengerüstes. (Deux cas de lypémanie avec délire de persécution charactérisés par des hallucinations de l'odorat du goût et de l'ouie consecutives à des altérations de la muqueuse buccale, nasale et nasopharyngienne et au squelette des fosses nasales.)

Der Titel giebt zur Genüge den Gedankengang R.'s über die Aetiologie und Pathogenie der Geistesstörungen seiner 2 Fälle wieder.

Im 1. Falle bestanden syphilitische Stomatitis, Angina und Coryza mit Necrose des Nasengerüstes. Nach Auftreten dieser Läsionen hatten sich die Geistesstörungen eingestellt und waren plötzlich nach Ausstossung eines Sequesters der unteren Nasenmuscheln verschwunden.

Im 2. Falle handelte es sich um traumatische Läsionen des Nasendaches mit nachfolgender Entzündung der Nasenschleimhaut und der Sinus frontales. Mit Besserung dieser Entzündungen gingen die Geistesstörungen zurück.

E. J. Moure (Bordeaux). Ueber einen Fall von primärem Fibrosarcom der rechten Nasenhöhle. (Sur un cas de fibro-sarcome primitif de la fosse nasale droite.)

Die 43jährige Kranke stellte sich am 30. Juli 1884 zum ersten Male vor und giebt an, seit mehreren Monaten an reichlichem Nasenbluten zu leiden.

Keine Schmerzen. Beim rhinoskopischen Examen entdeckt M. einen kleinen röthlichen Tumor von der Grösse eines kleinen Kirschkerns, der von der rechten mittleren Nasenmuschel ausgeht und bei der Berührung leicht blutet. Man schlägt eine sofortige Operation mittelst galvanischer Schlinge vor; aber die Kranke kehrte erst ein Jahr darauf wieder. Der Tumor war indessen bedeutend gewachsen. Nach einem vergeblichen Versuch, denselben noch auf natürlichem Wege mittelst galvanischer Schlinge abzutragen, entschliesst man sich, die rechte Nasenhöhle bloszulegen durch einen verticalen Einschnitt, der vom inneren rechten Augenwinkel ausging und den Nasenflügelknorpel umkreiste. Der Tumor wurde nun entfernt. Das mikroskopische Examen ergab, dass man es mit einem Rundzellensarcom zu thun hatte. Bis jetzt keine Recidive.

Schiffers (Lüttich). Ueber Hemiatrophie der Zunge. (De l'hémiatrophie de la langue.)

(Vgl. hierzu Referat 66 dieser Nummer.)

Charazac (Toulouse). Sind die Posticusfasern des Recurrenz immer die ersten ergriffenen? (Les fibres abductrices des recurrents sont-elles toujours affectées les premières?)

Nach einer kurzen historischen Einleitung giebt der Autor einen Fall von Cystenkropf wieder, bei welchem einseitige Paralyse der Stimmritzenschliesser bestand als Folge der Compression des Recurrens (? Red. Vgl. hierzu Referat 65 der Februar-Nummer dieses Jahrgangs.) durch den bezeichneten Tumor. — Das laryngoskopische Examen zeigte nämlich, dass bei der Inspiration die Stimmbänder normal auseinanderwichen, während bei der Phonation das rechte Stimmband sich nicht an das in die Medianlinie eingestellte linke Stimmband annäherte, sondern einen nach innen concaven Bogen beschrieb.

Ch. schliesst auf Grund dieses Falles, dass die in der Aufschrift gestellte Frage zu verneinen sei.

E. J. MOURE.

---

# IV. Briefkasten.

## Personalia.

**Herr Kispert ist von der Mitarbeiterschaft des Centralblatts zurückgetreten.**

**Dr. J. Solis Cohen ist zum Präsidenten und Dr. S. Solis Cohen zum Schriftführer der Philadelphia County Medical Society ernannt worden.**

**Am National Hospital for the Paralysed and Epileptic, Queen's Square, Bloomsbury, London, ist die Stelle eines Laryngologen creirt und nach stattgehabter Wahl dem Herausgeber des Centralblattes übertragen worden.**

---

## Bureau der Subsection für Laryngologie und Rhinologie beim August-Meeting der British Medical Association in Dublin.

(Vgl. hierzu die betreffende Notiz im Briefkasten der letzten Nummer.)

Dies Bureau ist folgendermassen constituirt:

Vorsitzender: Dr. McNeill Whistler (London),
Stellvertreter des Vorsitzenden: Dr. Kendal Franks (Dublin),
Schriftführer: Dr. R. A. Hayes (Dublin).

## Gründung eines neuen Hospitals für Halskrankheiten in London.

Die im letzten Jahre (vgl. Centralblatt III., S. 32) aus dem Hospital for Diseases of the Throat, Golden Square, ausgetretenen Herren Whistler, Woakes, Stoker und Fenton-Jones haben unter Zuziehung einiger, ebenfalls früher an letztgenanntem Hospital thätig gewesener Aerzte, der Herren W. R. H. Stewart, E. Law und Coleman Jewell ein neues Hospital für Halskrankheiten in Great Portland Street gegründet.

## Frühjahrs-Sitzung der Société française d'otologie et de laryngologie.

Die nächste Versammlung der Gesellschaft beginnt am Mittwoch, dem 13. April um $8^{30}$ Uhr Abends, in der Mairie des ersten Pariser Arrondissements, place Saint-Germain l'Auxerrois.

## Prof. Schrötter's „Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens".

Schon jetzt möchten wir unsere Leser darauf aufmerksam machen, dass ein grösseres Werk aus der berufenen Feder unseres verehrten Fachgenossen im Erscheinen begriffen ist. (Verlag von Wilhelm Braumüller in Wien). Eine eingehende Würdigung desselben behalten wir uns nach seinem Abschluss vor.

## Druckfehlerberichtigung.

In der vorigen Nummer sind zwei störende Auslassungen uncorrigirt geblieben

Auf Seite 357, Zeile 8 von unten, soll es heissen: „hinsichtlich der Zahl der aus Grossbritannien und Irland stammenden Beiträge" etc. Das gesperrt gedruckte Wort fehlt.

Auf Seite 358 fehlt hinter den Worten „nur das Präsidium einer vollen Section annehmen zu können" (Zeile 13 von oben) der Satz: „den Vorsitz einer Subsection dagegen ablehnen zu müssen".

## Zum internationalen Congresse in Washington.

Die Ausführungen des Leitartikels unserer Februar-Nummer haben den Widerspruch der „Berliner klinischen Wochenschrift" erweckt, welche in einem radactionellen Feuilleton dieselben als allgemein zutreffend nicht gelten lassen will. Wir verweisen Interessente hinsichtlich der Argumente, auf welche sich dieser Widerspruch stützt und hinsichtlich der Antwort des Herausgebers des Centralblattes auf die Nummern der B. kl. W. vom 7. und 19. März.

## Bitte um Separat-Abdrücke.

Wie schon früher mitgetheilt (vgl. diesen Jahrgang, Seite 1), veranstaltet der Herausgeber des Centralblattes alljährlich eine Suche durch alle ihm zu Gebote stehenden Informationsquellen behufs der Ermittelung von in das Referatgebiet des Blattes einschlagenden Arbeiten, welche unseren Mitarbeitern unbekannt geblieben sind. Die Ausbeute ist leider stets eine sehr beträchtliche: sie belief sich in diesem Jahre auf mehrere hundert Arbeiten. Theilt nun der Herausgeber die Titel und Publicationsstellen derselben den betreffenden Herren Referenten mit, so erfolgt von mehreren derselben regelmässig die Klage, dass ihnen ein grosser Theil der genannten Arbeiten nicht zugänglich sei, und seitens der Autoren nichts geschehe, um ihnen die Zugänglichkeit derselben zu erleichtern. So kommt es, dass in den Frühjahrsmonaten jedes Jahres ein nicht unbeträchtlicher Bruchtheil aller Referate sich auf die einfache Mittheilung des Titels und Publicationsortes von einschlägigen Arbeiten mit dem Zusatz: „Dem Referenten nicht zugänglich", beschränkt. —

Wir haben bereits zu wiederholten Malen darauf hingewiesen, wie sehr sich Autoren selbst im Lichte stehen, die sich nicht bemühen, ihre Artikel allgemeiner Kenntniss zugänglich zu machen, und wir möchten bei dieser Gelegenheit mit gesteigertem Nachdruck auf diesen Punkt zurückkommen. Die jährliche Durchschnittsanzahl der laryngologischen Arbeiten beläuft sich schon gegenwärtig auf mehr als 1000; selbst angenommen — was nach den bisherigen Erfahrungen sehr unwahrscheinlich ist — dass sie sich nicht steigert, würde dies, inclusive der vor der Gründung des Centralblattes publicirten Beiträge, in 10 Jahren in summa etwa 15—20,000 laryngologische Arbeiten ausmachen! — Wem kann es im Jahre 1900 noch zugemuthet werden, eine erschöpfende Uebersicht über die Arbeiten seiner Vorgänger zu bringen, wenn ihm nicht seine Aufgabe durch die Existenz eines das ganze einschlägige Gebiet umfassenden Journals erleichtert wird? — Das einzige Journal, welches, so weit wir wissen, seine Hauptaufgabe in der Vollständigkeit seiner Analysen sucht, ist das Centralblatt; es liegt daher ebensowohl im individuellen wie im öffentlichen Interesse, ihm seine Aufgabe so sehr als möglich zu erleichtern. Wir bedauern constatiren zu müssen, dass dies bisher in äusserst unzureichendem Maasse geschehen ist: so sind bespielsweise der Redaction seit Beginn dieses Jahres, also im Laufe von fast 3 Monaten, nur etwa 40 Separat-Abdrücke und Zeitungs-Nummern zugegangen, eine, wie man sieht, im Verhältniss zur Gesammtziffer, ausserordentlich kleine Anzahl.

Wir richten daher wiederum an alle Collegen, namentlich aber an diejenigen, welche ihre Arbeiten in kleineren, selbst in den grössten Bibliotheken nicht gehaltenen Journalen und Vereinsblättern oder in Brochuren- und Buchform veröffentlichen, sowie an die Verfasser von Dissertationen über einschlägige Themata die dringende Bitte, durch Einsendung je eines Exemplars der bezüglichen Arbeit an die Redaction und an den betreffenden Herrn Mitarbeiter nicht sowohl unsere Arbeitslast zu erleichtern, als vielmehr zur Vollständigkeit des Inhalts des Centralblattes beizutragen.

Bei dieser Gelegenheit werden folgende Wohnungsveränderungen bekannt gegeben resp. in Erinnerung gebracht:

Dr. N. Lunin wohnt jetzt: Klinisches Elisabeth-Hospital, 146 Fontanka, St. Petersburg.
Dr. E. Schmiegelow wohnt jetzt: 18 Nörregade, Kopenhagen.
Dr. Felix Semon wohnt jetzt: 39 Wimpole Street, W. London.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang III. Berlin, Mai. 1887. No. 11.

## A. Böcker †.

Am 31. März verstarb zu Berlin an einer Pneumonie unser College A. Böcker, 46 Jahre alt.

Böcker, geboren in der Provinz Sachsen, studirte in Würzburg und Berlin und war von 1870 bis 1872 klinischer Assistent von V. von Bruns in Tübingen. Nachdem er dann noch den Winter 1872/73 in Wien weiter studirt hatte, liess er sich 1873 als „Chirurg speciell für Hals- und Nasenkrankheiten" in Berlin nieder. Hier erwarb er sich in kurzer Zeit das Vertrauen der Aerzte in seltenem Grade und gelangte, lediglich gestützt auf sein Wissen und sein Können, zu einer hochgeachteten, hervorragenden Stellung und einer sehr bedeutenden practischen Thätigkeit. Es ist unverkennbar, dass er durch sein Wirken auch unsere Specialität, der er mit ganzem Herzen angehörte, wesentlich gefördert und ihr zu erhöhter Anerkennung verholfen hat.

Böcker war eine durchaus practische Natur. Abgeneigt jeder theoretischen Speculation, suchte er mit scharfer Beobachtungsgabe das Thatsächliche des einzelnen Falles möglichst genau wahrzunehmen. Unterstützt durch ein vorzügliches Gedächtniss, befähigte ihn die Erfahrung, die ihm seine wohlbeobachtete, reiche Casuistik lieferte, sich einen begründeten Ruf als Diagnostiker zu erwerben. Ueber das Erkennen aber setzte er das Heilen! Mit Feuereifer, Geduld und Ausdauer verwendete er seine seltene manuelle Dexterität zur Entfernung von Geschwülsten. Mehr als 300 Kehlkopfpolypen sind von ihm operirt worden. Dabei beschränkte er sein Gebiet des Handelns nicht, wie viele unserer Specialcollegen, auf solche Höhlenoperationen, die ohne Verletzung der Haut ausgeführt werden können. Das weiter unten folgende Referat No. 118 bezeugt, dass er auch vor blutigen, von aussen vordringenden Operationen nicht zurückschreckte. Um so mehr musste sein Eintreten für die Vorzüge der Operation per vias naturales ins Gewicht fallen, denen besonders sein Artikel über die Laryngotomie 1881 galt. Lehrthätigkeit hat Böcker auf unserem

Gebiete nur in Cursen für practische Aerzte ausgeübt. Doch bezeugen eine Reihe von Aufsätzen in Zeitschriften ebenso seinen wissenschaftlichen Sinn, wie seine practische Richtung. Mir sind folgende Arbeiten von ihm bekannt:

1872. Zur Galvanokaustik. Arch. f. klin. Chir. Bd. XIV.

1873. Ein Handgriff zur Galvanokaustik. Berliner klin. Wochenschr. No. 30.

1874. Laryngitis hämorrhagica. Ebendas. No. 15.

Exstirpation von 12 Kehlkopfpolypen. Deutsche Klinik. No. 38, 39, 40.

1876. Methode, das Bild des Kehlkopfs einem zweiten Beobachter gleichzeitig zur Anschauung zu bringen. Deutsche med. Wochenschr. No. 34, 35.

Ueber Inhalationen nach der Tracheotomie. Ebendas. No. 27.

1877. Fall von Kehlkopfstenose. Ebendas. No. 17, 18.

Fall von doppelseitiger Posticus-Lähmung. Ebendas. No. 20, 21.

1881. Laryngotomie zur Entfernung gutartiger Neubildungen des Kehlkopfs. Berliner klin. Wochenschr. No. 8.

1884. Ein Fall von narbiger Verwachsung des einen Nasenlochs. Deutsche med. Wochschr. No. 46.

Ein Fall von gangränöser Phlegmone des Larynx. Ebendas. S. 144.

1885. Ein Fall von Nasenrachenpolyp. Ebendas. No. 15.

1886. Ein Unicum in der Laryngochirurgie. Iselirte Exstirpation des Ringknorpels wegen Enchondrom. Ebendas. No. 43.

Die Beziehungen der erkrankten Schleimhaut der Nase zum Asthma und deren Behandlung.. Ebendas. No. 26 u. 27.

Böcker betheiligte sich gern an Discussionen in wissenschaftlichen Versammlungen. Die Berichte über die Verhandlungen der Berliner medicinischen Gesellschaft, des Vereins für innere Medicin, der internationalen Congresse in London und Kopenhagen, sowie verschiedener Naturforscher-Versammlungen legen hiervon Zeugniss ab. Ausserdem liebte er es, in derartigen Versammlungen sein Instrumentarium zu demonstriren, dessen Verbesserung er mit hervorstechender Begabung eine ganz besondere Aufmerksamkeit zuwandte. In Kopenhagen demonstrirte er z. B. ein neues Tonsillotom, eine neue kalte Schlinge und ein katheterförmiges Instrument zur Entfernung von Granulationen aus der Trachea. Auf der letzten Naturforscher-Versammlung stellte er eine umfassende Sammlung von von ihm angegebenen oder verbesserten Instrumenten aus, die allgemeine Anerkennung fand.

Ueberblicken wir den Lebensgang des früh Verstorbenen, so erkennen wir in ihm einen selbstständigen, hochbegabten Mann und einen begeisterten und erfolgreichen Jünger unserer Disciplin. Möge sein Andenken in Ehren gehalten werden.

Berlin, am Charfreitag 1887.

B. Fränkel.

# I. Die Stellung der Laryngologie in Polen.

Die Bedingungen zur Entwicklung der Wissenschaften in Polen sind und waren seit langer Zeit im höchsten Grade ungünstig. Die Spaltung der etnographisch einheitlichen Nation in drei Theile, von denen jeder nach anderen social-staatlichen Principien regiert wird, die öfteren politischen Umstürze, der jahrelang dauernde Schluss resp. die öfteren Transformationen der höheren Bildungsstätten erschwerten (von anderen schlimmen Einflüssen ganz abgesehen), auch jede systematische, wissenschaftliche Forschung.

Was die Laryngologie und ihre Entwicklung in Polen anbetrifft, so waren in dieser Hinsicht die Bedingungen deshalb als günstigere zu bezeichnen weil ihr Begründer, J. N. Czermak, in den Jahren 1856 und 1857 in Krakau als Professor der Physiologie docirte, und auch später, als er Krakau verliess, mit Polen in wissenschaftlichem Verkehr verblieb und einen gewissen Einfluss noch weiter ausübte.

Schon im Jahre 1860 studirten bei Türck, Dr. Gilewski, ehemaliger Assistent an Oppolzer's Klinik, und Dr. Wygrzewalski, aus Petrikau, eifrig die neue Lehre und trugen zu ihrer Entwicklung in der Heimath bei. Gilewski, später Professor der therapeutischen Klinik in Krakau, führte im Jahre 1866 die sechste Thyreotomie bei einem mit Kehlkopfpolypen behafteten Kranken aus, nachdem die Diagnose mit dem Kehlkopfspiegel gesichert worden war. Er bereicherte das damals noch spärliche laryngologische Instrumentarium durch einen Insufflator eigener Angabe. Etwas später, im Jahre 1862, wurde die Laryngoskopie in Warschau durch den damaligen Docenten, Prof. Baranowski, eingeführt und unter Aerzten und Studenten verbreitet. Seit dieser Zeit hat sich die Zahl der mit der Laryngoscopie vertrauten Aerzte bedeutend vermehrt, ebenso die Zahl der Specialisten, von denen einige auch auf literarischem Gebiet sich betheiligt haben.

Im Jahre 1881 wurde im St. Rochus Hospital in Warschau eine laryngologische Abtheilung errichtet und Dr. Hering übergeben, dessen auch im Ausland wohlbekannte literarische und practische Thätigkeit einen günstigen Einfluss auf die Entwicklung der polnischen Laryngologie ausgeübt hat. Zwei Jahre später entstand eine ähnliche Abtheilung unter Leitung des Dr. Sokolowski im Heiligen-Geist-Hospital. Diese zwei Spitäler bilden die einzigen Stätten, an denen in Polen öffentlich Laryngologie getrieben und den jungen Aerzten Gelegenheit zur Ausbildung gegeben wird, da eine Docentur dieses Gegenstandes an der Warschauer Universität nicht existirt. Die einzige officielle Lehrstätte in Polen befindet sich in Krakau unter Leitung des Docenten Dr. Pieniazek, eines früheren Assistenten Prof. Stoerk's. In Lemberg nahm der zu früh verstorbene Dr. Szeparowicz eine angesehene Stellung ein. Die bedeutenderen Städte in Polen, als Wilna, Posen, Lublin, Lodz besitzen einzelne fachmännisch ausgebildete Repräsentanten, von denen einige eifrig an der Entwicklung unserer Specialität mitwirken.

In Warschau selbst leben mehr als 10 Aerzte, die sich speciell mit der Laryngologie beschäftigen.

Die polnische Literatur besitzt drei specielle, laryngologische Lehrbücher:

1. Dr. Taczanowski: Laryngologie und Rhinologie. 1871. Warschau.
2. Dr. Jurasz: Laryngoscopie und Kehlkopfkrankheiten. Krakau 1878. I. Theil.
3. Dr. Pieniazek: Die Laryngoscopie und die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.

---

# II. Referate.

## a. Aeusserer Hals.

1) **V. Haderup** (Kopenhagen). **Die historische Entwickelung der Lehre über die Cysten des Kiefers. (Den historiske Udvikling af Läron om Kjäbecysterne.)** 80 Seiten. Kiöbenhavn, 1886.

Die Arbeit repräsentirt ein sehr detaillirtes und interessantes Studium der Geschichte dieses pathologischen Zustandes, und ist lesenswerth. Nach H. ist Scultet der erste, der im Armamentarium chirurgicum (Ulmae 1655) detaillirte Beobachtungen von „tumor cum folliculo in maxilla superiore“ giebt.

SCHMIEGELOW.

2) **J. Bland Sutton** (London). **Hyoidealcysten. (Hyoidal cysts.)** *Brit. Med. Journ. 6. November 1886.*

Sutton benutzte die Demonstration zweier Dermoidcysten, die aus der Zungenbeingegend entfernt waren, vor der Pathological Society of London am 2. November 1886, um einen grösseren Vortrag über die Morphologie der Cysten der Zungenbeingegend zu halten, welcher zwar äusserst interessant ist, sich aber nicht zu einem Abstract eignet und daher im Original studirt werden muss. Es mag nur erwähnt werden, dass der Vortragende zu der Ueberzeugung gekommen ist, dass viele vermeintliche Schilddrüsencysten in accessorischen Schilddrüsen, die er für durchaus nicht sehr selten hält, ihren Ursprung nehmen, und dass er die Cysten der Hyoidealgegend in folgende 4 Klassen theilt: 1. Cysten mit klarem oder schleimigem Inhalt, deren Wandung von Epithel ausgekleidet ist. 2. Cysten, von deren Wandungen papilläre oder zottige Fortsätze ins Innere ragen. 3. Cysten, von deren Wandungen bösartige, carcinomatöse Neubildungen ausgehen. 4 Dermoidcysten. — In der Discussion kritisirte Butlin dies Schema als nicht ganz vollständig, indem er auf die öfters bilateralen Cysten zwischen Mylohyoideus und Geniohyoideus verwies.

SEMON.

3) **F. Treves** (London). **Bösartige Cysten des Halses. (Malignant cysts of the neck.)** *Brit. Med. Journal. 23. October 1886.*

T. hielt vor der Path. Soc. of London am 19. October 1886 einen Vortrag über 4 Fälle, theilweise primärer, theilweise secundärer, grosser, glatter Cysten am Halse, welche ursprünglich einen klaren (nach Punktion allmälig seropurulenten,

purulenten, haemorrhagischen) Inhalt hatten, deren dünne Wandung aber entweder carcinomatöser oder epitheliomatöser Natur war. Die Details der Fälle müssen im Original nachgelesen werden. In der Discussion, an welcher sich die Herren Butlin, Hadden, Sheild, D'Arcy Power, Silcock und der Präsident (Dr. Bristowe) betheiligten, und in welcher mehrere ähnliche Fälle erwähnt wurden, erklärte Butlin einen ihm vorgekommenen Fall, in welchem eine derartige Cyste bei einem Patienten entfernt wurde, der früher wegen Zungenkrebses operirt worden war, dahin, dass wahrscheinlich eine Lymphdrüse secundär afficirt und ihr Ausführungsgang verstopft worden sei, wodurch eine Accumulation ihres Secretes stattgefunden habe. Fälle und Discussion verdienen im Original nachgelesen zu werden. SEMON.

4) **Weil** (Prag). **Demonstration eines 7jährigen Knaben, an welchem ein Hygroma colli congenitum exstirpirt worden war.** Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung am 12. November 1886. *Prager med. Wochenschrift. No. 46. 1886.*

Gussenbauer exstirpirte, wie er gelegentlich dieser Demonstration erwähnte, im vorigen Jahre eine Cyste des Halses, welche aus einem aberrirten Schilddrüsenläppchen entstanden war. Weil wird seinen Fall ausführlich publiciren. CHIARI.

5) **Guzman. Angeborene Halsfisteln. (Des fistules congénitales du cou.)** *Thèse de Paris. No. 184. 1886.*

Verfasser giebt den embryonalen Ursprung dieser medianen, vollständigen oder blinden, inneren oder äusseren Fisteln zu; er lässt aber auch die Heredität bei ihrer Entstehung eine grosse Rolle spielen. Vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt aus theilt er diese angeborenen fistulösen Läsionen in primitive und secundäre, consecutiv nach einer Kiemenbogencyste entstandene, ein.

Hierauf giebt er eine Uebersicht der wohlbekannten Symptome.

Er empfiehlt bei den blinden externen Fisteln die Electrolyse oder die Ausschneidung des Ganges und die Reinigung der Wunde. 15 Beobachtungen, darunter 2 eigene und 4 Seiten Literatur vervollständigen diese Arbeit.

E. J. MOURE.

6) **Dupré** (Brüssel). **Fall von Phlegmone der Regio subhyoidea. (Un cas de phlégmon de la région sus-hyoidienne.)** *Journal de Médecine, de Chir. et de Pharmacol. Déc. 1886.*

Die Phlegmone war bedingt durch das Eindringen einer Aehrengranne in den Boden der Mundhöhle bei einem 8jährigen Mädchen. Der Autor selbst hatte früher einmal den gleichen Unfall. BAYER.

7) **Duménil** (Rouen). **Die chirurgische Behandlung der chronisch entzündlichen Cervicaldrüsen durch Ignipunctur. (Du traitement chirurgical des adenites cervicales chroniques par l'ignipuncture.)** *Normandie Med. Rouen. p. 321. 1885/86.*

Der Titel zeigt an, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

8) **A. L. Kelly** (Glasgow). **Notizen über zwei Fälle von Lymphadenose. (Notes on two cases of lymphadenosis.)** *Glasgow Med. Journal. December 1886.*

Der einzige Grund, aus dem dieser Arbeit hier Erwähnung gethan wird, ist

der, dass in einem der Fälle auch Drüsenschwellungen am Halse vorhanden waren.

M'BRIDE.

9) **Stephen Paget. Die Beziehung der Parotis zu den Generationsorganen. (The relation of the parotis to the generative organs.)** *Lancet. 9. Januar 1886.*

P. behauptet, dass die oben erwähnte Beziehung in Wirklichkeit nur eine Theilerscheinung einer Beziehung zwischen der Parotis und den verschiedenen Bauchorganen sei und führt Fälle an, welche diese Ansicht unterstützen.

A. E. GARROD.

10) **F. T. Taylor** (London). **Die Beziehung der Parotis zu den Generationsorganen. (The relations of the parotis to the generative organs.)** *Lancet. 16. Jan. 1886.*

T. macht einige Bemerkungen zu dem von Stephen Paget geschriebenen Brief (vgl. vorstehendes Referat) und bespricht die Ansichten, dass die Fälle, welche diese Beziehung unterstützen, sich gründen:

1. Auf gelegentlich auftretenden Mumps.
2. Auf eine zwischen den afficirten Organen obwaltende Beziehung.
3. Auf septische Ursachen.

Von diesen Ansichten neigt er besonders zu der letzteren; er meint, dass die für eine Wechselbeziehung sprechenden Gründe sich lediglich auf die Erscheinungen des Mumps stützen.

A. E. GARROD.

11) **Helmkampff** (Eester). **Parotitis epidemica s. polymorpha.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 47. 1886.*

Gut geschriebener Artikel über die immer noch sehr der Aufklärung bedürftige Krankheit. Dem Quecksilber und Jod zur Zertheilung der Drüsengeschwülste ist H. nicht hold, dagegen empfiehlt er bei zurückbleibenden Schwellungen Blutegel an dem unteren Rand des Unterkiefers.

SCHECH.

12) **Stephen Paget** (London). **Secundäre Entzündung der Parotis. (Secondary inflammation of the parotis.)** *Lancet. 17. April 1886.*

Der Artikel enthält eine sehr interessante Reihe von 60 Fällen, bei welchen die Parotitis auf Verletzungen, Operationen und Krankheiten der Bauchorgane folgte. Wenige dieser Fälle sind der Pyämie zuzurechnen. Die Parotitis trat secundär aus folgenden Ursachen auf: Einführung eines Catheters oder Sonde, Abort, traumatische Peritonitis, Erkrankungen und Verletzungen des Lendenrückgrats. Gastrotomie, Ovariotomie, Incision des Cervix uteri etc. P. meint, dass solche Fälle von secundärer Parotitis eine vierte besondere Gruppe bilden; die anderen Gruppen enthalten Fälle von Parotitis nach: 1. localen Verletzungen, 2. acuten Fiebern, besonders Typhus und 3. Pyaemie.

A. E. GARROD.

13) **S. J. Rennie** (Cawnpore, India). **Enormer fibrocystischer Tumor in der Parotisgegend. (Enormous fibrocystic tumour in the parotid region.)** *British Medical Journal. 16. October 1886.*

Der Fall betraf eine 42jährige Hindufrau, bei welcher die Schwellung zuerst im Alter von 14 Jahren bemerkt wurde.

Der Tumor war beweglich und mit 3 Stielen befestigt, mit dem einen am Jochbeinbogen, mit dem andern an dem Unterkieferwinkel, mit dem dritten den

Kieferast entlang nahe dem Foramen mentale. Er schien aus verschiedenen grossen Cysten zu bestehen.

Der Tumor wurde exstirpirt, die Arterien vor der Durchschneidung unterbunden, so dass nur ein geringer Blutverlust entstand. Grosse Sorgfalt wurde verwandt, die Carotis externa, welche mit dem Tumor verwachsen war, zu schonen. Die Hautlappen wurden so geschnitten, dass sie die Wunde bedeckten; sie wurden genäht und ein Drainrohr eingelegt. Die Wunde heilte gut und Patientin befand sich vorzüglich bis zum 12. Tage, wo sie von Cholera befallen wurde und in 6 Stunden starb.

Der Tumor wog nach seiner Exstirpation 12 Pfund und mass 2′7″ in dem längsten und 1′9″ im kürzesten Umkreis. Es war ein weicher fibröser Tumor, der eine grosse und verschiedene kleine Cysten enthielt. A. E. GARROD.

14) **Bako (Pest). Angiosarcom der Parotis. Exstirpation. Heilung.** *Gyogyaszat. No. 46. 1886. — Pester med. chirurg. Presse. No. 52. 1886.*

Die kindskopfgrosse, theilweise zerfallende Geschwulst wird exstirpirt. Nach $2^1/_4$ Jahren keine Recidive. CHIARI.

15) **Paquet. Sarcom der Parotis. (Sarcome de la parotide.)**

16) **Dubar. Tumor der Parotisgegend. (Tumeur de la région parotidienne.)** *Société centrale de méd. du Nord. 12. März. — Bullet. méd. du Nord. No. 3. 1886.*

Vorzeigen der exstirpirten Tumoren. E. J. MOURE.

17) **J. H. Thompson. Exstirpation der Parotis. (Extirpation of the parotid gland.)** J. Artero. Rome, 1885.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEMON.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **Bryce. Bericht über einen Fall von chronischer Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff. (Synopsis of a case of chronic poisoning by bisulphide of carbon.)** *Edinburgh Med. Journal. August 1886.*

Der einzige Punkt von besonderem Interesse für die Leser dieses Journals in dem sorgfältig beschriebenen Fall, in welchem das ganze Nervensystem in ausgesprochener Weise betheiligt war, ist das Factum, dass durch den Einfluss der Dämpfe auch partielle Anosmie auftrat. P. M'BRIDE.

19) **M. Bresgen. Die Anwendung der Chromsäure in der Nasenhöhle.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 7. 1886.*

Verf. hält das Anschmelzen von Chromsäurekrystalle an eine Silbersonde nur geeignet für Localitäten, an welche man ohne vorher anzustossen, hingelangen kann. Bei Verkrümmungen, Auswüchsen des Septum und in der Tiefe des mittleren Nasenganges oder an andern schwerzugänglichen Orten applicirt er die Chromsäure in folgender Weise. An eine silberne, fast garnicht geknöpfte Sonde von $^1/_2$—1 Mm. Dicke wird durch Umdrehen ein Wattestückchen befestigt, sodann werden in den noch unaufgewickelten Theil der Watte 1—3 Chromsäurekrystalle

gelegt und dann die so belegte Watte weiter aufgewickelt und auf die zu ätzende Stelle aufgedrückt; der Nasenschleim löst die Chromsäure sofort auf. Die Chromsäure empfiehlt sich bei leichteren Hypertrophien der Nasenschleimhaut, namentlich in der Kinderpraxis; die Galvanokaustik kann sie jedoch nicht ersetzen.

SCHECH.

20) **Löwenberg** (Paris). **Zur Priorität betreffs des Ozaenococcus.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 26. S. 446. 1886.*

Prioritätsreclamation gegenüber der Arbeit Thost's in Bezug auf den Kokkus und die Kapsel desselben.

B. FRAENKEL.

21) **Chatellier. Note über einen Fall von Hypertrophie der Nasenschleimhaut. (Note sur un cas d'hypertrophie de la muqueuse nasale.)** *Annales des mal. de l'oreille etc. No. 9. September 1886.*

Ch. beobachtete bei demselben Kranken, der eine myxomatöse Degeneration der hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln aufwies (siehe Referat 27), hyaline Polypen und eine Hypertrophie des rechten vorderen Theiles der rechten unteren Concha. Diese Hypertrophie war ebenfalls myxomatöser Natur.

E. J. MOURE.

22) **Vulpian. Hämophilie. Keine hereditäre Antecedentien in der Familie. Scrophulöse Erscheinungen in der Kindheit oder in der Jugend. Wiederholte Bleiintoxicationen. Syphilis, abundantes Nasenbluten, Blutungen des Zahnfleisches, Ecchymosen der Ohren und später der Hände. Tod durch Epistaxis 13 Jahre nach der ersten Nasenblutung. (Hémophilie. Pas d'antécédents d'hérédité ou de famille. Accident scrofuleux dans l'enfance ou la jeunesse. Accidents saturnins à plusieurs reprises. Syphilis, epistaxis abundantes, saignement des gencives, ecchymoses des oreilles et plus tard des mains. Mort par epistaxis, 13 ans après la première hémorrhagie nasale.)** *Revue de méd. No. 2. 10. Févr. 1886.*

Der Titel besagt genau, um was es sich handelt. V. lässt Bemerkungen folgen über den Einfluss der Scrophulose und Syphilis als prädisponirende Ursachen für die Hämophilie.

E. J. MOURE.

23) **E. W. Holmes. Cocain zur Behandlung des Heufiebers. (Cocaïne in the treatment of hay-fever.)** *Philadelphia Med. Times. 1. Mai 1886.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

24) **E. J. Moure. Reflexneurosen nasalen Ursprungs. (Des névroses reflexes d'origine nasale.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 26. October 1886.*

Verf. bespricht die über diesen Gegenstand handelnden Publicationen und fügt einige eigene Thatsachen sowie Literaturangaben hinzu.

AUTOREFERAT.

25) **W. Hamaker. Ein Fall von Nasenpolyp. (Case of nasal polypus.)** *Cleveland Med. Gaz. V. p. 399. Juli 1886.*

Nichts von Bedeutung.

LEFFERTS.

26) **Bassompierre. Bemerkung über einen Fall von Nasenpolyp, Anwendung des Cocaïn als Anästheticum, Vortheile und Nachtheile desselben. (Note sur un cas de polype muqueux du nez, emploi de la cocaïne comme anesthésique, avantages et inconvénients.)** *Arch. de méd. et pharm. militaires. No. 12. 16. Juin 1886.*

B. berichtet über den Fall bei einem Officier, der mittelst Ausreissung mit der Zange nach Anwendung einer 10proc. Cocainlösung operirt worden war. Die Anästhesie schwand erst 12 Stunden nach der Operation, und die Wunde zeigte am andern Morgen eine graue Farbe, welche B. der Anwendung des Cocain zuschreibt, welches die Narbenbildung verlangsamt habe.

Verf. scheint uns mit der Operation der Nasenschleimhautpolypen nicht vertraut zu sein, ebensowenig mit dem Aussehen, welches die Theile einige Tage nach Operationen dieser Art darbieten. E. J. MOURE.

27) **Chatellier. Histologische Note über zwei maulbeerförmige Tumoren der pharyngealen Enden der unteren Muscheln. (Note histologique sur deux tumeurs muriformes de l'extrémité pharyngienne des cornets inférieurs.)** *Annales de mal. de l'oreille etc. No. 8. August 1886.*

Der Autor giebt das Resultat seiner histologischen Untersuchungen wieder, die er an zwei von den hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln herrührenden Tumoren angestellt hat. Er constatirte eine myxomatöse Degeneration der Schleimhaut an den Stellen, wo sie adenoides Gewebe einschloss. — Detaillirte histologische Beschreibung. E. J. MOURE.

28) **C. Higgens** (London). **Ein Fall von pulsirendem Sarcom, welches die linke Hälfte der Nase nebst dem entsprechenden Antrum und der Orbita einnahm. (Case of pulsating sarcoma involving left nasal fossae, antrum and orbit.)** *Guy's Hospital Reports. Series III. Vol. XXVIII. p. 91. London, 1886.*

Die Affection wurde durch vieljährige Anfälle heftigen Nasenblutens, die bei dem Pat., einem 66jährigen Manne, begonnen hatten als er 52 Jahre alt war, eingeleitet. Oft war die Tamponade nöthig geworden. Schliesslich entwickelte sich am inneren Canthus des linken Auges eine pulsirende Geschwulst, das Nasenbluten kehrte zurück (einmal wurde die Ligatur der Carotis communis nothwendig), der linke Bulbus wurde vorgedrängt, der Tumor wuchs und begann zu ulceriren, heftige Schmerzen stellten sich in der linken Kopfhälfte ein, schliesslich war die ganze linke Augen- und Backengegend von der Geschwulst eingenommen, rechtseitige Bronchopneumonie und linksseitige Pleuritis traten auf und der Patient erlag seinem Leiden. Bei der Autopsie stellte es sich heraus, dass es sich um ein in der linken Nasenhälfte entstandenes pulsirendes Sarcom gehandelt hatte, welches wahrscheinlich durch den Thränencanal nach aussen, gleichzeitig aber auch ins linke Antrum gewuchert war. Das Studium des Originals des sehr genau beschriebenen Falles ist zu empfehlen. SEMON.

29) **K. Beerwald. Zur Casuistik der Nasentumoren.** *Vereinsblatt Pfälzischer Aerzte. No. 2. 1886.*

Krankengeschichte einer Dame, die an Asthma und Kopfschmerzen litt und

von ihren Aerzten für nervös erklärt wurde, während B. sie heilte und zwar einmal dadurch, dass er vermittelst Galvanokaustik eine breitbasige Hyperplasie der mittleren Muschel zum Abschwellen brachte, worauf beim Niesen sich plötzlich eine erhebliche Menge Eiter ergoss, und zweitens durch galvanokaustische Stichelung der hyperplastischen unteren Muschel. B. FRAENKEL.

30) **Cornil** (Paris). **Ueber die Aetiologie des Rhinoscleroms. (Sur l'étiologie du rhinosclérome.)** *Journ. de Conn. méd. No. 51. 23. Oct. 1886.*

C. erinnert, nachdem er die parasitäre bacterische Natur des Rhinoscleroms festgestellt hat, an die Erfahrungen von Paltauf und Eiselsberg über diesen Gegenstand. Die characteristischen Bacillen haben geringe Wirkung auf Meerschweinchen und Kaninchen. C. meint, dass die Bacterien der Ozaena, der Pneumonie und des Rhinoscleroms einfach verschiedene Formen desselben Microbion seien. Er citirt in dieser Hinsicht die Meinung von Wolkowitsch, welcher zu denselben Schlüssen gelangte. E. J. MOURE.

31) **Sidney Davis** (Cairo). **Ein Fall von Rhinosclerom. (A case of rhinoscleroma.)** *Brit. Med. Journ. 29. Mai 1886.*

Es handelt sich um eine 30jährige Egypterin. Sie war früher immer gesund gewesen, bemerkte jedoch 13 Jahre, ehe sie zur Beobachtung kam, dass sie auf dem Septum nasi eine kleine Schwellung hatte, welche allmälig wuchs.

Die Nase wurde verbreitert und abgeflacht, die inneren Augenwinkel waren 6 Ctm. von einander entfernt; die Breite zwischen beiden Nasenflügeln betrug ebenfalls 6 Ctm. Die Nasenlöcher waren von einer festen Geschwulst erfüllt, von gleicher Farbe wie die Lippen, welche sich abwärts bis zur Mitte zwischen Nase und Lippe erstreckte und sich ca. $1\frac{1}{2}$ Ctm. über die Haut erhob. Die Nasenlöcher stellten zwei stecknadelkopfgrosse Löcher dar, durch welche eine Sonde bis zum Pharynx eingeführt werden konnte. Das Septum und die Nasenknorpel waren sehr verdickt. Die Nasenbeine schienen intakt zu sein. Die Uvula war nicht zu sehen, und die Schleimhaut des weichen Gaumens war blass infiltrirt und rigide. In den Choanen fanden sich ähnliche, jedoch nicht so feste Massen, wie im vorderen Theil der Nase. Die hinteren Halsdrüsen waren geschwollen. Die Schilddrüse war mässig geschwollen. Jodkalium und Mercur waren ohne Wirkung. D. schnitt den Haupttheil des Tumors in der linken Nasenhöhle fort und brannte einen Weg durch den Pharynx mit dem Paquelin. Diese Operation wurde später in dem rechten Nasenloch wiederholt. Die Eingriffe verschafften grosse Erleichterung und der Meatus füllte sich weniger, als erwartet wurde. In den Schnitten durch die Geschwulst zeigten sich keine Bacterien, aber kleinzellige Infiltration der Papillen und des Coriums der Haut, wie dies von Kaposi beschrieben wird. Der Fall stimmt fast in allen Einzelheiten mit dem von Payne und Semon beschriebenen überein. A. E. GARROD.

32) **E. Baumgarten** (Budapest). **Ueber die Ursachen der Verbiegungen der Nasenscheidewand.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 22. S. 313. 1886.*

B. nimmt an, dass die Ursachen der Deviationen des Septum rein mechanischer Natur sind, erzeugt von den Schwellkörpern der Muscheln. Bei älteren

Kindern liege die untere Muschel der einen Seite, statistisch die rechte häufiger als die linke, schon fest am Septum an. Die sich prall anfüllende Muschel dränge sich immer mehr ans Septum, bis dieses auf die andere Seite abweicht. Dies geschieht am meisten da, wo die Muschel am meisten vorspringt, nämlich entsprechend ihrem freien Rande, am stärksten vorne, am schwächsten hinten. Endlich werde die Muschel der anderen Seite comprimirt. Wenn die unteren Muscheln beiderseits an das Septum drängen, kommen S-förmige Verbiegungen desselben zu Stande, doch kann dies auch unter Mitwirkung der mittleren Muscheln geschehen. Dass das Septum hinten meist gerade sei, liege daran, dass die Muscheln hier Platz hätten, nach hinten auszuwachsen. Bei Rhinitis atrophicans finde sich verhältnissmässig häufig ein gerades Septum. B. FRAENKEL.

33) **Krieg. Resection der Cartilago quadrangularis septi narium zur Heilung der Scoliosis septi.** *Medic. Correspondenzblatt des Württ. ärztl. Landesvereins. Bd. 56. No. 26 u. 27. 1886.*

Die Frage nach der Ursache der Septumdeviationen hält K. noch nicht für spruchreif. Sodann lässt er die verschiedenen Methoden zur Heilung dieses Uebels Revue passiren; für die Jurasz'sche Geradestellung kann er sich nicht begeistern, sie sei recht beschwerlich und langwierig. K. übt die Resection und zwar immer auf der verengten Seite; die Basis des zungenförmigen Lappens muss nach hinten gelegt worden; auch ist nach der Wegnahme eines wenn auch noch so grossen Knorpellappens die Operation nicht beendet, vielmehr muss als zweiter Act das meist immer noch verengende Septum mit Scheere und Kornzange soweit zurückgeschnitten werden, bis voller Luftstrom durchgeht. Die Erhaltung des Involucrum der verengten Seite ist zur Heilung unnöthig, ja unter Umständen wegen Knorpelneubildung oder Eiterverhaltung bedenklich. Die Operation wird unter Cocaïn ausgeführt, jede andere Nachbehandlung als die antiseptische zur Heilung ist unnöthig. Eine Perforation des Septum auf der gesunden Seite muss verhindert werden. Die Schleimhaut der zu operirenden Seite wird mit 3 auf den Knorpel gehenden Schnitten, von denen der eine dem Nasenrücken, der zweite dem Septum mobile, der dritte dem untern breiten Rand der Cartil. quadrang. parallel läuft, durchschnitten und mit dem Raspatorium nach hinten geschoben. Die Operation ist durchaus keine leichte und erforderte $^1/_2$ bis $2^1/_2$ Stunden, da wegen der Blutung das Weiterarbeiten häufig unterbrochen wurde. K. operirte auf diese Weise 9 Fälle, deren Krankengeschichten im Original nachzusehen sind. SCHECH.

34) **Cresswell Baber** (Brighton). **Entfernung eines knorpeligen Vorsprungs von dem Septum narium. (Removal of cartilaginous projection from septum nasi.)** *Brit. Med. Journ. 8. Januar 1887.*

Ein Fall bei einem 9jährigen Kind. Der in das linke Nasenloch hineinragende Vorsprung wurde beseitigt und dadurch eine dauernde Schlaflosigkeit gehoben. Der Patient wurde der Brighton und Sussex Medico-chirurgical Society vorgestellt. A. E. GARROD.

35) **Schmiegelow** (Kopenhagen). **Einige seltenere Fälle von Defecten in der Nasenscheidewand. (Nogle sjaeldnere Tilfaelde af Defekter i Naesens Skillevaeg.)** *Hospitals-Tidende. 3 Raekke. Bd. IV. No. 42. 1886.*

Verf. theilt einen Fall von congenitalem Defecte des knorpeligen Theiles der Nasenscheidewand bei einem 64jährigen Manne mit. Der Durchmesser der Perforation des Septums betrug in der perpendiculären Richtung 2 Ctm., in der horizontalen 3 Ctm. Der ganze knorpelige Theil fehlte. Der Patient hatte seit seiner frühesten Kindheit von diesem Mangel gewusst. Keine äusserliche Deformität, Verbiegung etc. der Nase. In aetiologischer Beziehung blieb nichts anderes übrig, als den Defect als Ausdruck einer Hemmungsbildung aufzufassen.

Bei einem 33jährigen Fräulein wurde zufälliger Weise eine Perforation in dem knorpeligen Theile der Scheidewand gefunden. In anamnestischer Beziehung konnte Scrophulose, Syphilis und Lupus bestimmt ausgeschlossen werden. dagegen hatte die Patientin sehr an Nasenbluten während der Kindheit und immerwährend an kleinen Borkenbildungen in der linken Seite der Nase gelitten. und hatte sich aus diesem Grunde immer mit dem Fingernagel in der Nase gekratzt. V. glaubt darum, dass man die Perforation als die Folge einer traumatischen (durch das Kratzen hervorgebrachten) Perichondritis ansehen muss.

Schliesslich beobachtete der Verf. bei einem vollständig gesunden Fräulein. 47 Jahre alt. eine spontan entstehende Periostitis des vordersten Theiles des knöchernen Septums. deren Endresultat eine partielle Destruction der knöchernen Nasenscheidewand mit Einsenkung der äusseren Nase herführte. Syphilis und Lupus konnte ausgeschlossen werden; Jodkalium zeigte sich erfolglos. — Schliesslich macht der Verf. darauf aufmerksam, dass — wie in seinem ersten Falle — beinahe der ganze knorpelige Theil des Septums fehlen kann. ohne dass die äussere Nase dadurch ihre Stützpunkte verliert., wogegen selbst kleine Defecte, insbesondere in dem vordersten Theile des knöchernen Septums für die äussere Form der Nase verhängnissvoll werden. AUTOREFERAT.

36) **A. A. Hubbell. Congenitale Stenose der Nase. (Congenital stenosis of the nose.)** *New-York Med. Journal. 27. Nov. 1886.*

Bericht über einen Fall von knöcherner Stenose. welche mittelst eines Handbohrers gehoben wurde. Hierauf wurden Zinnbougies in allmälig zunehmender Stärke behufs Dilatation angewendet. Die Literatur über diesen seltenen Zustand wird ausführlich citirt. LEFFERTS.

37) **J. R. Briggs. Verschluss der oberen Luftwege, mit Electrolyse behandelt. (Obstruction of the upper air passages with treatment by electrolysis.)** *Texas Courier of Med. Dec 1886.*

Der Hauptzweck der gut geschriebenen Arbeit des Autors ist der, die Aufmerksamkeit auf seine Methode zu lenken, welche durch Elektrolyse adenoide Vegetationen und Hypertrophieen des Muschelgewebes etc. zerstört. Der Patient hält die Anode mit ihrem Schwamm. während an die Cathode eine isolirte goldspitzige Nadel von 15 Ctm. Länge befestigt ist. Nachdem die Theile. an welchen operirt werden soll, cocaïnisirt sind, wird die Nadel in das Gewebe eingestochen und der Strom (10 Elemente einer Stöhrer'schen Batterie) so lange unter-

halten. bis die elektrochemische Zersetzung der Gewebe, welche darauf erfolgt, und welche sich durch das gewöhnliche „Schäumen" anzeigt, eine genügende ist. Die Ausbreitung des „Schäumens" von dem zunächst liegenden bis zum peripheren Ende der zu entfernenden Neubildung ist die einzige vom Autor beobachtete Indication für die Länge der Zeit, welche die Nadel eingesenkt bleiben soll.

In gewissen Fällen wendet er keine Nadel an, sondern applicirt einfach eine Nasenelektrode an die Theile, welche reducirt werden sollen. Auf diese einfache Weise hat er Erfolge in solchen Fällen erzielt, wo alle therapeutischen Heilmittel zur Reducirung des geschwollenen Muschelgewebes und der adenoiden Vegetationen des Pharynxgewölbes fehlgeschlagen hatten. LEFFERTS.

38) **G. A. Wright** (Manchester). **Ueber einige Formen des Nasenverschlusses. (On some forms of nasal obstruction.)** *Manchester Med. Chronicle. Juli 1886.*

W. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Verdickung oder Hyperchondrose des knorpeligen Septum als Ursache für Nasenverschluss. Dieser Zustand kann leicht mit der Deviation des Septum verwechselt werden. Zuweilen ist er die Folge einer Verletzung; zuweilen findet er sich ohne sichtbare Veranlassung. Er unterscheidet sich von der Deviation des Septum durch das Verhalten der anderen Seite und von der reinen Verdickung der Schleimhaut durch seine Härte und scharfe Grenze. — W. empfiehlt die Abtragung der Neubildung. Er weist auch auf die Deviation des Septum und die adenoiden Vegetationen als weitere Ursachen des Verschlusses hin und bespricht hierauf deren Behandlung. A. E. GARROD.

39) **J. A. Stucky. Nasenverschluss mit Reflexerscheinungen. (Nasal obstruction with reflexes.)** *Progress Louisville Ky. Juli 1886.*

S. berichtet zwei Fälle, wo Reflexerscheinungen durch Polypen hervorgerufen worden waren, bestehend in Schmerzen im Auge und in der Schläfe, bisweilen Schmerzen im Ohr, schlimmer bei Nacht und bei feuchtem Wetter; in dem anderen Fall in Husten, Abmagerung und Schwindel. Alle diese Symptome schwanden mit der Exstirpation der Polypen. In einem dritten Falle bestand Ohrensausen, Lichtscheu, Schwindel, Husten und Schmerzen im Hinterkopf in Folge von Hypertrophie der mittleren und unteren Nasenmuschel.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **Hedinger** (Stuttgart). **Ueber Rhinologie.** *Württemb. med. Correspondenzblatt. No. 32—34. 1886.*

Sehr lesenswerthe, alle neuern Forschungen auf dem Gebiete der Rhinologie berücksichtigende, mit zahlreichen eigenen Beobachtungen versehene Arbeit. Vom Cocaïn hat Verf. bei acutor Rhinitis keine besonderen Erfolge gesehen. Die Chromsäurebehandlung eignet sich nur für leichtere Fälle von hypertrophischer Rhinitis, für die schwereren bleibt die Galvanokaustik das Hauptmittel. Die interessanten Krankengeschichten sind im Original nachzulesen. SCHECH.

41) **A. B. Samham. Zwei massgebende Principien für Operationen in den Nasenwegen. (Two principles which should determine when to operate in the nasal passages.)** *New-York Medical Journal. 3. Juli 1886.*

Das erste Princip ist, alle Reizursachen zu entfernen und, negativ, Hyper-

trophieen, Exostosen etc. nur dann zu entfernen, wenn sie einen Reiz setzen. Neubildungen und Deviationen, welche bei jungen Personen entfernt werden sollten. sind in Ruhe zu lassen, sobald sie ältere Personen betreffen, da sie dann bereits alles gethan haben, wozu sie fähig sind. Das zweite Princip ist, für zweckmässige Drainage und Ventilation zu sorgen. Nach Ansicht des Verf.'s ist erstere mehr bei Neubildungen oder Deviationen des Septums, letztere mehr bei Neoplasmen der Muscheln gestört. Was auch immer die Ursache der Störung sein mag. die Ursache der Obstruction muss entfernt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **H. Jerard. Necrose der Nasenknochen. (Necrosis of the nasal bones.)** *Kansas City Med. Record. Nov. 1886.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

43) **Woltering. Operation einer knöchernen Nasenverengerung mittelst schneidender Knochenzange.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1886.*

Empfehlung einer vom Verf. zu dem obengenannten Zwecke construirten Knochenscheere mit Abbildung. Das Instrument ist zu haben bei Brinkmann. Münster i. W. SCHECH.

44) **Viennois** (Lyon). **Osteotomie der Nase. (Ostéotomie du nez.)** *Congrès de Nancy. 15. Session. 1886.*

Verf. giebt eine eingehende Schilderung des Operationsverfahrens, dessen sich Ollier bedient, um Nasenrachenpolypen oder sonstige Tumoren der Nasenhöhlen zu entfernen.

Das Verfahren, das zum Zweck hat, ein weites Operationsfeld zu gewinnen, besteht darin, dass man die Nase von ihrer Wurzel und ihren Rändern durch zwei längs den Naso-genialfalten geführte Schnitte ablöst und auf das Kinn hinunterschlägt. Wenn nothwendig, kann man hierauf ein Stück des Septums reseciren. — Nachdem der Tumor entfernt ist, gelingt die Blutstillung leicht durch Tamponade mit in „Eau de Pagliari" getauchten Schwämmen, die durch mehrere Stunden auf den Anheftungsstellen des entfernten Neugebildes liegen gelassen werden. Erst dann wird die Nase wieder zurückgestülpt und durch Nähte befestigt. Ihre Vitalität scheint darunter nicht zu leiden.

Verf. hebt die Unterschiede und die Vortheile dieser Methode gegenüber der von Chassaignac eingeführten hervor. E. J. MOURE.

45) **Edward Bovill** (India.). **Ein Fall von Nasenstein. (A case of rhinolith.)** *British Med. Journal. 16. October 1886.*

Ein Hinduweib von 40 Jahren hat einen vollständigen Verschluss des linken Nasenlochs. Dieser Verschluss, verbunden mit Ausfluss, bestand seit 2 Jahren. Die linke Gesichtsseite war sehr geschwollen; es bestand deutliche Facialisparalyse, Ptosis und Thränenträufeln des linken Auges. Die Nase war gebogen und das Septum gegen die rechte Seite vorgebaucht. Es bestand eine ovale Oeffnung an der linken Seite des Munddaches. Der Ausfluss aus dem linken Nasenloch war dünneitrig und unangenehm.

Der das Nasenloch verstopfende feste Körper wurde in Stücken mit der Zange entfernt, nachdem man ihn mit einer Knochenzange zerschnitten hatte. Die

Fragmente wogen 120 Gran. Das Nasenloch wurde mit einer Carbollösung ausgespritzt und die Symptome schwanden bald. Der Stein zeigte Zeichen von seitlicher Compression und von verticaler Lamellenbildung. Ein Kern war nicht zu sehen. A. E. GARROD.

46) **Morelli** (Pest). **Ein Fall von Nasenstein.** *Pester med. chir. Presse. No. 4. 1887.* **Excerpt aus** *Orvosi Hetilap. No. 52. 1886.*

Eine Frau litt seit Kindheit an Nasenfluss und Migräne rechts; in den letzten 3 Jahren trat fötider Ausfluss und Empyem der Highmorshöhle auf. M. entfernte zunächst einen necrotischen Knochen und dann den nussgrossen Stein in mehreren Stücken unter Cocaïn-Anästhesie. In der Mitte des grössten in den Rachen gestossenen Stückes fand sich ein Kirschkern, der wahrscheinlich schon vor vielen Jahren in die Nase gelangt war. Der Stein wog 4,5 Gr. und bestand aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalke. CHIARI.

47) **Mulchaud** (Amritsar, India.). **Rhinoplastik. (Rhinoplasty.)** *Indian Med. Gaz. Mai 1886.*

Ein Bericht über zwei gut verlaufene Fälle von Rhinoplastik. In jedem der Fälle war der Lappen von der Stirn abwärts gebracht worden. A. E. GARROD.

48) **D. Bartosch. Zur Casuistik der Rhinoplastik. (K utscheniu o rinoplastice.)** *Russ. Med. No. 42. 1885.*

Beschreibung eines Falles von Rhinoplastik bei einem 20jährigen Mädchen, bei der die Nase durch Lues zerstört war. B. operirte nach der Methode von Schimanowski (Bildung der Nase aus der Oberlippe). Das Resultat war sehr befriedigend und Verf. spricht sich sehr lobend über diese Methode aus.

LUNIN.

## c. Mundrachenhöhle.

49) **Underhill** (Edinburgh). **Unterkieferloser und hydrocephaler Fötus. (Agnathous and hydrocephalic foetus.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli 1886.*

Underhill demonstrirte in der Sitzung der Edinburgh Obstetricial society vom 10. März 1886 einen Fötus, bei dem der Unterkiefer ganz fehlte und der Mund durch eine kleine Oeffnung repräsentirt wurde, gross genug, um eine Sonde durchzulassen und „hinten versteckt . . . . eine rudimentäre Oberlippe“. Die Augen waren wohlgebildet, aber die Nase endete in einen kleinen röhrenförmigen Rüssel ohne irgend ein Septum. Der Fötus soll sorgfältig secirt und das Resultat in einer späteren Sitzung der Gesellschaft vorgelegt werden. P. M'BRIDE.

50) **J. W. Farlow. Abnorme Arterie des Pharynx. (Abnormal artery of the pharynx.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 13. Mai 1886.*

Eine grosse Arterie läuft in diagonaler Richtung quer durch die hintere Pharynxwand. Sie ist grösser als die Radialis und von der Schleimhaut bedeckt. In demselben Fall konnte eine grosse pulsirende Arterie auf jeder Seite hinter dem Pharynx, ca. $^1/_4$ Zoll nach innen von den hinteren Gaumenbögen gefühlt werden. Der Autor betont, wie wichtig es sei, bei allen Operationen in diesen

Theilen die mögliche anomale Arterienversorgung der Pharynx, wie sie in diesem Falle sich zeigte, vor Augen zu haben. LEFFERTS.

51) **Vignal. Untersuchungen über die Mikroorganismen des Mundes. (Recherches sur les microorganismes de la bouche.)** *Arch. de Physiol. 15. Sept. 1886.*

Bei der Untersuchung des Zungenbelags und der Zahnpartie fand V. 18 Arten von Mikroorganismen, von denen 17 isolirt und die 18. (Spirochaete der Zähne) nicht cultivirt werden konnte. 16 waren Aëroben und 1 Anaërobe.

Acht Abbildungen, darstellend die Microben in verschiedenen Culturmedien, begleiten diesen ersten Theil der Arbeit, deren Fortsetzung unter Mitwirkung von Malassez erscheinen wird. E. J. MOURE.

52) **Galippe. Note über einen im Speichel des Menschen entwickelten Pilz. (Note sur un champignon développé dans la salive humaine.)** *Extrait du Journal de l'anatomie et de la physiologie. 1886.* Paris. F. Alcan.

Die Arbeit enthält eine mikrobiologische Studie über eine neue im Speichel des Menschen gefundene Pilzspecies, deren Culturmethode und deren sechs Entwickelungsstadien G. beschreibt. Der Verf. reiht den Pilz in die Gattung Monilia ein und giebt ihm den Namen: Monilia sputicola.

Auf die Details kann hier nicht eingegangen werden. E. J. MOURE.

53) **Hamonic. Beziehungen der Leucoplasia buccalis zur Syphilis. (De la leucoplasie buccale dans ses rapports avec la syphilis.)** *Ann. méd. chirurg. franç. et étrang. II. p. 193. Paris, 1886.*

Nicht zugänglich. E. J. MOURE.

54) **Polaillon. Ueber Epulis. (De l'épulis.)** *Journ. des conn. méd. 22. Juli 1886.*

P. recapitulirt in einer klinischen Vorlesung die Symptome, welche diese Tumoren characterisiren und berichtet zwei Beobachtungen. Die Behandlung, meint er, muss stets chirurgisch und energisch sein. E. J. MOURE.

55) **N. Protosow** (Petersburg). **Ein Fall von Hypertrophia linguae. (Slutschai Hypertrophica linguae.)** *Trudi obsch. peterburg. detsk wrat. 1886.*

Demonstration eines 8jährigen Knaben mit Hypertrophia linguae mässigen Grades. LUNIN.

56) **Montagnon** (Lyon). **Tuberculöses Geschwür der Zunge. (Ulcération tuberculeuse de la langue.)** *Soc. des scienc. méd. et Lyon méd. 5. April 1885.*

M. stellt einen 56jährigen Mann vor, welcher ein tuberculöses Geschwür an der unteren Zungenfläche hatte. E. J. MOURE.

57) **Poncet** (Lyon). **Tuberculöses Geschwür der Zunge. (Ulcération tuberculeuse de la langue.)** *Lyon méd. p. 561. 26. Oct. 1886.*

P. stellt eine Phthisica vor, welche ein Geschwür am kleinen Finger und an der Zunge hatte, die er für gleicher Natur hält. In der Discussion frägt man, ob eine Untersuchung auf Bacillen stattgefunden habe. P. verneint dies. In der nächsten Sitzung theilt er mit, dass die mikrosopische Untersuchung die tuberculöse Natur der Affection erwiesen habe. E. J. MOURE.

58) **Vincent Jackson** (Wolverhampton). **Tuberculöses Geschwür der Zunge bei einer Frau, Abtragung der vorderen Partie, vollständiges Nachlassen der localen Schmerzen. (Tubercular ulcer of the tongue in a woman, removal of the front portion followed by complete cessation of local pain.)** *Lancet. 4. Sept. 1886.*

Eine 37jährige Frau hatte ein sehr schmerzhaftes Geschwür vorn an der Zunge. Es begann als ein hartes Bläschen, ohne dass ein von den Zähnen ausgeübter Reiz nachzuweisen war.

Die Zungenspitze zeigte ein seichtes ovales Geschwür, etwa 1,5 Ctm. lang und $^3/_4$ Ctm. breit. Der Grund war gräulich und knotig, die Ränder ein wenig unterminirt. Es bestand weder eine Drüsenschwellung noch eine Induration der Nachbarschaft. Patientin litt an Tuberculose beider Lungenspitzen. Die Zungenspitze wurde mit einer Scheere etwa 2 Ctm. weit weggeschnitten und die Schleimhaut beider Flächen mit sehr feinen, fortlaufenden Seidennähten vereinigt. Die Operation hatte einen völligen Nachlass der Schmerzen zur Folge.

Die von Heneage Gibbes vorgenommene mikroscopische Untersuchung des Geschwürs stellte die tuberculöse Natur desselben fest. Die Tuberkel enthielten grosse Zellen und die Bacillen waren durch die Zungensubstanz zerstreut.

A. E. GARROD.

59) **Thiau. Epitheliom der Zunge. (Epithélioma de la langue.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. p. 586. 20. Juli 1886.*

Es handelt sich um einen Kranken von 45 Jahren, welcher mit dem Thermocauter und dem Messer operirt worden war.

E. J. MOURE.

60) **W. Thorburn** (Manchester). **Epitheliom der Zunge. (Epithelioma of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 1. Jan. 1887.*

T. demonstrirte der Pathological Society of Manchester fortlaufende Schnitte eines Zungenepithelioms, welches sich wahrscheinlich aus einem Gummi entwickelt hatte.

A. E. GARROD.

61) **Bouilly** (Clinique Nélat). **Krebs der Zunge. (Du cancer de la langue.)** *Le praticien. 11. Juli 1886.*

Es handelt sich um einen Kranken von 64 Jahren, der von diesem Leiden befallen war. Bei Gelegenheit der Besprechung des Falles hält B. eine Vor lesung über diese Krankheit.

E. J. MOURE.

62) **Verneuil. Epitheliom der Zunge. (Epithélioma de la langue.)** *Soc. de chir. de Paris. 24. Sept. — Sem. méd. 1. Oct. 1886.*

V. hält es für nützlich, zur Vermeidung von Recidiven grosse Opfer zu bringen. Deshalb nimmt er nicht nur die kranke Partie weg, sondern auch den Theil des Kiefers, mit welchem der Tumor Verwachsungen eingegangen ist. Bouilly glaubt nicht, dass die Chancen des Erfolges durch dies Verfahren gebessert würden, während Polaillon und Sée sich der Ansicht Verneuil's anschliessen.

E. J. MOURE.

63) **Vulpian. Ursprung der motorischen Nerven des Gaumensegels beim Menschen. (Origine des nerfs moteurs du voile du palais chez l'homme.)** *Académie des sciences. 18. Oct. 1886. — Progrès méd. 30. Juli 1886*

Wie bereits Chauveau beim Pferd erkannt hatte, entspringt keine Faser

dieser Nerven vom Facialis; der Trigeminus trägt auch nicht zur Innervation der Gaumenmuskeln bei. Der Glossopharyngeus liefert vielleicht motorische Fasern für die Muskeln des Zäpfchens; aber der Hauptursprung der motorischen Nervenfasern liegt in den unteren Wurzelfasern des Vagus und in den oberen Wurzelfasern der Spinalnerven. Vielleicht gehören diese verschiedenen Wurzelfasern insgesammt den Spinalnerven oder dem Accessorius Willisii an. E. J. MOURE.

64) Laborde. **Ueber ein sehr einfaches experimentales Verfahren, um beim Hunde das functionelle Spiel des Gaumensegels und der Gaumenbogen während des zweiten oder pharyngealen Zeitpunktes des Schluckactes zu bestimmen. (Sur un procédé experimental très simple pour constater, chez le chien, le jeu fonctionnel du voile du palais et de ses piliers, dans le second temps de la deglutition ou temps pharyngien.)** *Tribune méd. 2. Mai 1886.*

L. sectionirt das verlängerte Mark, leitet die künstliche Athmung ein, hält dem Hunde das Maul offen und betrachtet bei leicht hervorgezogener Zunge das Spiel des Gaumensegels, während das Thier den reichlich im Munde sich ansammelnden Speichel hinunterzuschlucken sucht. — Um aber auch den freien Rand des Velums und die hinteren Gaumenbogen übersehen zu können, resecirt er einen Theil des Schildknorpels und eröffnet die Kehlkopfhöhle. — L. constatirte auf diese Weise, dass während des Schluckactes die Pharynxwand sich nach vorn vorwölbt und sich an das Velum anschmiegt, wobei es zu einem wirklichen sphincterartigen Verschluss kommt. E. J. MOURE.

65) W. R. Whitehead. **Schliessung einer Spaltung des harten und weichen Gaumens durch eine einfache Operation mit kurzem Bericht über einen neueren Fall. (The closure of cleft of the hard and soft palate by a simple operation with a brief report of a recent case.)** *New-York Medical Record. 7. Aug. 1886.*

Verf. kritisirt Arthur's Operation, welche in dem N.-Y. Medical Record, 20. Febr. 1886, beschrieben wurde und berichtet kurz über einen eigenen Fall. Er hat ca. ein Dutzend Fälle von Spaltungen des harten und weichen Gaumens durch eine einfache Operation erfolgreich behandelt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) Ehrmann. **Notiz über den Gebrauch des Cocain bei der partiellen Gaumennaht. (Note sur l'emploi de la cocaïne dans les staphylorraphies partielles.)** *Gaz. méd. de Strassbourg. No. 12. Dec. 1886.*

E. macht eine Pinselung mit einer 10proc. Lösung, welche 2—3 Mal während der Operation erneuert wird. Verf. gesteht jedoch, dass dieses Mittel nicht im Stande ist, das Chloroform bei vollständigen Staphylorraphien zu ersetzen. E. J. MOURE.

67) Hoffa (Würzburg). **Zur Mortalität der operirten Hasenscharten und Gaumenspalten.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 33. Heft 3. 1886.*

H. kommt auf Grund von 80 auf der Würzburger Klinik beobachteten und einer grossen Zahl an anderen Kliniken ausgeführten Operationen zu dem Schlusse, dass die Mortalität der operirten Hasenschartenkinder um 10 pCt. die gewöhnliche Kindersterblichkeit übertrifft. Es könnte dies erstens durch die Missbildung überhaupt und zweitens durch die Operation bedingt werden. H. findet, dass die

Missbildung an und für sich einen grossen Einfluss auf die Mortalität hat und dass die Todesfälle bei operirten Hasenschartenkindern mit der Operation nicht in Verbindung stehen; je hochgradiger die Missbildung, um so grösser die Mortalität; die günstigste Zeit für die Operation ist zwischen dem 2.—6. Lebensmonat.

SCHECH.

68) Selle. **Extraction einer Messerklinge aus dem weichen Gaumen.** *Jahresbericht der Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Dresden. S. 111. 1885—1886.*

Der Titel besagt den Inhalt des Vortrags. SCHECH.

69) **John Abercrombie und W. Gay (London). Ueber drei Fälle von acuter, tuberculöser Ulceration der Fauces. (On three cases of acute tubercular ulceration of the fauces.)** *Brit. Med. Journal 13. November 1886.*

In einem vor der Royal Med. and Chirurg. Society am 9. November 1886 gehaltenen Vortrage beschrieben die Autoren drei Fälle von acuter Tuberculose bei Kindern, in welchen Ulceration des Schlundes wenige Tage oder Wochen vor dem Tode auftrat. In einem wurde die tuberculöse Natur der Ulceration mikroscopisch sichergestellt, in den beiden andern lag kein Grund vor, an dem tuberculösen Charakter der Geschwürsbildung zu zweifeln. Die Symptome des Leidens (welche sich nur hinsichtlich der grösseren Schnelligkeit von denen der chronischen Form unterscheiden. Ref.) werden ausführlich beschrieben, und seine Differentialdiagnose von Diphtheritis, Tonsillitis und syphilitischen Rachenaffectionen kurz besprochen. Die Autoren halten diese Form von Angina für eine Theilerscheinung allgemeiner Tuberculose und meinen, dass sie sich in dieser Beziehung völlig von der chronischen tuberculösen Ulceration des Schlundes unterscheide (? Ref.), welche entweder primär im Pharynx auftrete, oder vom Larynx auf erstgenannten Theil übergehe. Das Leiden sei stets tödtlich, obwohl die Patienten nicht nothwendigerweise, oder selbst nur gewöhnlich, an der Halscomplication zu Grunde gingen. — In der Discussion bekämpfte Dr. Percy Kidd die Auffassung der Autoren, indem er die Pharynxaffection auf Inoculation von den erkrankten Lungen zurückführte, und theilte seine Erfahrungen über die Häufigkeit der Gaumen- und Rachentuberculose mit. Unter 500 Autopsien hatte er 4 Mal Tuberculose des weichen Gaumens, 6—7 Mal Tuberculose des Rachens gefunden. Auch gedachte er der Schwierigkeit der Differentialdiagnose von Gaumentuberculose und Herpes des Gaumens. Abercrombie erwiderte, dass zu einer Autoinoculation seiner Ansicht nach vorhergehende Ulceration nothwendig sei. Diese habe aber in seinen Fällen gefehlt. Der Differentialdiagnose von Herpes des Gaumens habe er absichtlich nicht gedacht, weil er glaube, dass letzterer stets von Herpes um den Mund herum begleitet sei. (Nach den Erfahrungen des Ref. ist letzteres durchaus nicht nothwendiger Weise der Fall. Vgl. St. Thomas's Hospitals Reports, Vol. XII. 1882, p. 79. Ref.)

SEMON.

70) **Geo. B. Hope. Ein Fall von vollständiger narbiger Verwachsung des Gaumensegels in Folge von Ulceration bei congenitaler Syphilis. Operation zur Beseitigung derselben. (A case of complete cicatricial adhesion of the velum palati following ulceration of congenital syphilis. An operation for its relief.)** *Quarterly Bullet. Clin. Society Post-Graduate School and Hospital. New-York, Oct. 1886.*

Der Titel des Artikels erklärt die Natur des Falles. Mittelst einer ingeniösen

Operation mit dem Galvanocauter wurde eine Oeffnung durch die dichte Masse des Narbengewebes hinter dem Rande des harten Gaumens gemacht. Die Enden des Platindrahts wurden durch die Nase in den Mund geführt, so dass die Schlinge von innen nach aussen die Breite des Gewebes, welches zu trennen war, einschloss. Methodische Erweiterung wurde später ausgeführt, dann aber vernachlässigt, und abermals trat vollständiger Verschluss ein. Dieser wurde jedoch wieder durch den Galvanocauter, dieses Mal von unten nach oben, d. h. vom Mund aus, beseitigt.

Die zweite Operation war von dauerndem Erfolg. LEFFERTS.

71) Schadek (Kiew). **Primäre syphilitische Sclerose der Fauces. (Prilag k protok Zasid. obtxl.** *Kiew wrat. p. 29—69. 1885.*

War dem Referenten nicht zugänglich. LUNIN.

72) **F. Treves** (London). **Melanose des harten Gaumens. (Melanosis of hard palate.)** *Brit. Med. Journal. 6. November 1886.*

Demonstration eines melanotischen Spindelzellensarcoms, welches von dem harten Gaumen einer 58jährigen Frau entfernt worden war, vor der Path. Soc. of London am 2. November 1886. Die Entstehung der Geschwulst liess sich auf den Druck eines schlecht passenden künstlichen Gebisses zurückführen. Ein Jahr nach der Entfernung „melanotischer Ring um das rechte Nasenloch“ und colossale secundäre Geschwulst am Halse. — Mr. Bowlby zeigte für den verhinderten Mr. Stephen Paget zwei Gaumengeschwülste: 1. gemischtes Sarcom von einem 60jährigen Mann, 2. hyaline Geschwulst von einer 20jährigen Frau.

SEMON.

73) **A. Marone. Adenom des harten Gaumens und Velums. (Adenoma impiantato sul palato duro e sul velo palatino.)** *Riforma medica. No. 243. 1886.*

50jähriger Mann, bei dem im Verlauf einiger Jahre sich am hinteren Abschnitt des harten Gaumens ein Tumor entwickelte, der die Grösse eines Eies erreichte und den ganzen Isthmus einnahm. Exstirpation durch Abschnürung mit Kupferdraht und Auskratzung mit Volkmann'schem Löffel. Mikroscopische Untersuchung nicht vorgenommen. Trotzdem erklärt M. den Tumor mit Bestimmtheit für ein Adenom. KURZ.

74) **Stephen Paget** (London). **Tumor des Gaumens. (Tumour of palate.)** *Brit. Med. Journal. 11. December 1886.*

P. machte der Path. Soc. of London am 7. December 1886 weitere Mittheilungen über einen schon früher von ihm vorgelegten Tumor des harten Gaumens. Derselbe war zweifellos gutartiger Natur, enthielt aber grosse Massen von Epithelzellen und Zellnestern. Mr. Walsham habe kürzlich einen ähnlichen Tumor aus derselben Region entfernt, der ebenfalls Zellnester enthalten habe. In beiden Geschwülsten fänden sich Anzeichen drüsiger Structur und Züge embryonalen Gewebes. Das Vorkommen von Zellnestern in unzweifelhaft gutartigen Geschwülsten sei von hohem pathologischen Interesse. Diese Gaumengeschwülste seien denen der Parotisregion nahe verwandt, und wären wahrscheinlich Beispiele aberrirender, embryonaler Gebilde. SEMON.

## d. Diphtheritis und Croup.

75) **Uchermann** (Christiania). **Ueber Diphtheritis des Schlundes und ihre Behandlung. (Om Svaelgdiphteritis og dens Behandling.** *Norsk Magazin for Läger. p. 730. October 1886.*

Gestützt auf eigene klinische und Löffler's experimentelle Arbeiten spricht U. seine Meinung dahin aus, dass die Diptheritis faucium eine locale Krankheit ist und demgemäss auch local behandelt werden muss, das heisst, man soll eine antiseptische Behandlung der Belegstellen im Schlunde instituiren. Als Pinsel braucht er Wattetamponträger, als desinficirende Flüssigkeit Carbolglycerin (20 pCt.) dem 10 pCt. Jod zugesetzt wird, oder Sublimatglycerin (2 pCt. bis 1 pro mille). Pinselungen zweimal täglich, das Fieber schwindet, Kopfschmerzen und Schwindel nehmen ab, bisweilen während der Sitzung selbst (!).

Hindernisse für eine gründliche und genaue Desinfection sind bisweilen sehr grosse Tonsillen. Hier muss man absolut mit der Vornahme der Tonsillotomie (!) beginnen. (Man muss gewiss ein grosser Enthusiast sein, wenn man glaubt, durch 2mal-tägliche Pinselungen mit den obengenannten Lösungen einen diphtheritischen Schlund so vollständig desinficiren zu können, dass man ohne Furcht wegen weiterer Infection eine Tonsillotomie macht, ganz abgesehen von der grossen Gefahr, die ein geschwächter diphtheritischer Patient durch den beim Abschneiden entzündeter Tonsillen verursachten Blutverlust läuft. Ref.)

SCHMIEGELOW.

76) **Couëtoux. Ueber einen Fall von Diphtherie, behandelt mit medicamentösen Inhalationen. (Sur un cas de diphthérie traité par les inhalations medicamenteuses.)** *Bullet. gén. de thérapeutique. 15. September 1886*

Zu seiner gewöhnlichen Methode von Räucherung mit Terpentinöl und Theer fügte C. noch Verdampfungen von Eucalyptus hinzu. — Doch wurde dessenungeachtet die Tracheotomie nöthig. Das $4^1/_2$jährige Kind wurde aber schliesslich geheilt. E. J. MOURE.

77) **Couëtoux. Bemerkungen über Diphtherie. (Observations de diphthérie.)** *Soc. méd. de Nantes.* (Sitzung vom 8. October.) — *Gazette méd. de Nantes. 9. Oct. 1886.*

C. empfiehlt von neuem seine Behandlung mit Terpentindämpfen oder Cubebenpfeffer. M. Ollive bestätigt die Diagnose auf Diphtherie bei einigen der Kranken, über welche C. seine Mittheilungen macht. E. J. MOURE.

78) **Brondel** (Algier). **Ueber die Behandlung der Diphtherie. (Sur le traitement de la diphthérie.)** *Bullet. gén. de thérap. 15. September 1886.*

B. verordnet stündlich einen Esslöffel voll einer Lösung von 150 gr., welche je nach dem Alter des Kindes 4—5 gr. Natr. benzoic. enthält. Gleichzeitig wird Calc. sulfur. gegeben. Endlich verordnet er einen Spray von Natr. benzoic. $^{10}/_{1000}$ halbstündlich, berücksichtigt jedoch den Schlaf des Kranken. Wie natürlich sind die Resultate stets ausgezeichnete. E. J. MOURE.

79) **Michon, Cocheteux, Pembourcq, Couëtoux, Brondel. Therapeutisches über Diphtherie. (Thérapeutique de la diphthérie.)** *Le monit. de thérapeut. No. 12. 6. October 1886.*

Auf eine Aufforderung des Redacteurs dieses Journals empfahlen die oben

genannten Autoren nach einander Folgendes gegen diese fürchterliche Krankheit: „Allgemeinbehandlung, locale Aetzungen mit salpetersaurem Quecksilber, Calc. sulfur. mit Digitalin, antiseptische Dämpfe, Natr. benz. mit Calc. sulf. — Nichts Besonderes.
E. J. MOURE.

80) X. **Behandlung der Diphtherie [Croup und Angina couënneuse] mit Natrium benzoïcum, combinirt mit Calcium sulfuricum, Zerstäubungen und antiseptischen Dämpfen. (Traitement de la diphthérie [croup et angine coënneuses] par le benzoate de soude, associé au sulfure de calcium, pulverisations et vaporisations antiseptiques.)** *Gaz. des hôp. 11. Oct. 1886.*

Es ist dies eine kritische Besprechung der Behandlungsweisen von Delthil (Räucherungen von Theer und Terpentinöl), Renon und Bouchard (Dämpfe von Carbol-, Salicyl- und Benzoësäure), Moty (Kampher) und endlich Brondel (Natr. benz. und Calc. sulf.). Letztere rühmt der Autor ganz besonders.
E. J. MOURE.

81) X. **Behandlung der Diphtherie, des Croup, der häutigen Bräune mit Natrium benzoïcum, verbunden mit Calcium sulfuricum, Einblasungen, antiseptischen Dämpfen. (Traitement de la diphthérie, croup, angine couënneuse par le benzoat de soude associé au sulfure de calcium, pulverisations antiseptiques.)** *Gazette des hôp. No 144. 11. Dec. 1886.*

Einfaches analytisches Resumé der gerühmten Methoden. E. J. MOURE.

82) **James Merces** (London). **Behandlung der Diphtherie. (Diphtheria: Its treatment.)** *Lancet. 30. Oct. 1886.*

M. beschreibt eine Behandlungsmethode, welche er in allen Fällen, ausgenommen bei sehr jungen Kindern, angewandt hatte. Sie besteht in Verordnung innerer Mittel, Emetica, Gargarismen, nahrhafter Diät und Stimulantien. Er bebeschreibt die Mittel, welche er am wirksamsten befunden hatte. A. E. GARROD.

83) **Johannes Bree. Zur Behandlung der Diphtherie mit Quecksilbercyan.** Berl. Dissertation. 1886.

Das einzige, was als bemerkenswerth in dieser Dissertation erscheint, ist die Formel: Cyanquecksilber 0,01, Spirit. dilut. 10,0. MDS. Im Anfange einviertelstündl. 2—3 Tropfen, bei fortschreitender Besserung seltenere Gaben.
B. FRAENKEL.

84) **Zandoli. Beitrag zur Therapie der Diphtheritis. (Contribuzione alla terapia della difterite.)** Roma, 1886. (Kein Verlag angegeben.)

Nicht zugänglich. KURZ.

85) **M. Morse. Ein neues Heilmittel gegen Diphtherie: Kali bicarbonicum. (A new remedy for diphtheria: Bicarbonate of potassium.)** *Virginia Medical Monthly. October 1886.*

Das Hauptprincip der Behandlung des Autors besteht darin, das Blut so schnell als möglich mit Kal. bicarb. zu alcalisiren, ohne den Magen zu belästigen oder die Verdauung zu stören. Heisse Bäder und Waschungen des Körpers mit einer starken Sodalösung in heissem Wasser werden hinzugefügt, um das diphtheritische Gift durch die Hautporen zu eliminiren. Zur Unterstützung der Kur

passende, tonisirende Allgemeinbehandlung. — Morse hat die alkalische Behandlung in 125 Fällen angewandt, ohne einen einzigen Todesfall zu haben.

LEFFERTS.

86) **E. Laurent. Behandlung der Angina diphtherica mit Ferrum sesquichl. und oxychloratum (magneticum). (Traitement de l'angine diphthéritique par le perchlorure et l'oxychlorure de fer magnétique.)** *Thèse de Paris. 1886.*

L. empfiehlt die Anwendung dieses Mittels zuerst rein zum Pinseln, hierauf mit Wasser zur Coagulirung der Pseudomembran. Dieses Mittel hat, wie sehr viele andere in den Fällen Erfolg, wo sehr viel andere Mittel ihn auch haben; es hat aber ebenso Misserfolge wie diese letzteren.

E. J. MOURE.

87) **Preydier-Dubreul. Weinessig mit Carbolsäure zur Behandlung der Diphtherie. (Du vinaigre combiné à l'acide phénique dans le traitement de la diphthérie.)** *Courier méd. 27. Sept. 1886.*

Verfasser giebt ein Gargarisma aus Weinessig, Wasser und Honig zu gleichen Theilen, hinzugefügt auf je 100 gr. einer 0,7 proc. Carbolsäurelösung. Letzteres Medicament giebt er gleichzeitig innerlich. Er schlägt auch Carbolessigdämpfe vor.

E. J. MOURE.

88) **Bungeroth. Casuistische Mittheilungen über die Wirkung des Ol. terebinth. bei Diphtherie.** *Charité-Annalen. Bd. XI. S. 587. 1886.*

Die Erfolge des einmal täglich in einer Dosis von 5,0 Gramm als Linctus oder in Wein gegebenen Terpentinöls in 29 Fällen waren insofern gut, als das Mittel einen Einfluss auf den Localprocess d. h. raschere Abstossung der Membranen hatte. Specificum ist es nicht, auch zeigte sich in 3 Fällen bald nach dem Gebrauche eine Nephritis; im Magen fand sich zuweilen Gastritis hämorrhagica.

SCHECH.

89) **Focke (Bremen). Zur Therapie der Rachendiphtherie.** *Centralblatt für klin. Medicin. S. 593. 1886.*

F. hält das Kali chloricum nur dann für wirksam, wenn es mit Säure zusammen gegeben wird, es bildet sich dann Sauerstoff. Zuerst wird von Kali chloricum 4,0, Syr. sacch. 20,0; Aq. dest. 200,0. Stündlich 1 Esslöffel resp. Theelöffel gegeben, dann gleich darauf einer von Acid. muriat. 3,0, Syr. rubi id. 20,0, Aq. 200,0. Der Erfolg soll wunderbar sein, das Fieber verschwindet nach 36—48 Stunden, es kommt nicht zu erheblicher Drüsenschwellung, auch nicht zur Sepsis! Wer's nicht glaubt, kann's ja probiren!

SCHECH.

90) **William Porter. Einige praktische Rathschläge zur Behandlung der Diphtherie. (Some practical suggestions in the treatment of diphtheria.)** *Journal Am. Med Assoc. 23. Oct. 1886.*

Der Autor hat ein zwiefaches Ziel im Auge: 1. Die localen Erscheinungen der Krankheit zu vernichten oder unschädlich zu machen. 2. Die Widerstandskraft des Gesammtorganismus gegen die Infection zu erhöhen. Die Rathschläge, welche er zur Erreichung dieses Zweckes ertheilt, sind zwar practisch, enthalten jedoch nichts Neues.

LEFFERTS.

91) **Heyder. Zur Therapie der Rachendiphtherie.** *Centralblatt für klin. Medicin. No. 12. 1886.*

Der Verf., dem in Plaue, einer kleinen Stadt Thüringens. in $2^1/_2$ Jahren 250 Fälle von Diphtherie (?) vorkamen, verlor davon nur 2 pCt.! Der Erfolg des gleichzeitig mit Salzsäure gegebenen Kali chloricum war wiederum ein ganz wunderbarer; Nachkrankheiten wurden einmal beobachtet. Und die Diagnose??

SCHECH.

92) **Renan. Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphtherie.)** *Gazette des hôpitaux. No. 150. 25. October 1886.*

Nichts Neues.

E. J. MOURE.

93) **Schenker (Aarau). Ein Beitrag zur Diphtheriebehandlung.** *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. No. 18. 1886.*

Verf. fand sich durch die Berichte über die Erfolge der Diphtheriebehandlung mittelst Verbrennens eines Gemisches von Gastheer und Terpenthinöl 200:80, welche Dr. Delthil in der Société de médicine pratique de Paris mitgetheilt hatte, bewogen, dieselbe Therapie auch zu versuchen. Es wurden „nur solche Fälle in die Beobachtungsreihe aufgenommen, welche im Rachen oder auf den Tonsillen grauweisse Auflagerungen zeigten, und welche durch bellenden Husten, Heiserkeit und zunehmende Athemnoth auch ein Ergriffensein des Kehlkopfes documentirten". Obschon Verf. in den ersten vier Fällen sehr befriedigende Resultate hatte und der Rauch gut vertragen wurde, so verwandte er in den folgenden nur noch die Verbrennung oder Dampfzerstäubung des Terpenthins allein, da der Rauch des Gemisches die Kranken, das Bettzeug und das Zimmer schwarz färbte. Er verbrannte alle 3—5 Stunden je 30—40 Gr. Terpenthin bei geschlossenen Fenstern und liess jedesmal nach Ablauf einer halben Stunde das Zimmer lüften. Mit dieser Behandlung war er nicht minder zufrieden. Da er aber bald annehmen zu müssen glaubte, dass die Wirkungen des Terpenthinöls nicht locale, sondern allgemeine seien, so reichte er dasselbe auch per os. 10 Tropfen bis 1 Kaffelöffel, 1—3 Mal täglich in Milch oder Schleim, ohne die Dämpfe bei Seite zu lassen. Die innere Verwendung des Terpenthins erregte allerdings einige Male Erbrechen, wurde aber sonst gut vertragen. Bei allen Kranken konnte man nach 1—2 Stunden Athmungserleichterung beobachten und in den ersten Tagen Ablösung der Membranen.

Von 36 Kranken kamen 31 mit dem Leben davon, 27 ohne, 4 mit Tracheotomie. Sch. glaubt daher, das Terpenthinöl gegen die Diphtherie sehr empfehlen zu können, bis wir etwas Besseres haben.

Obschon diese kleinen Zahlen nichts bedeuten wollen, da man ja weiss, wie unschuldig manche Croupepidemien mit sog. Diphtherie verlaufen, so scheint doch die hier vorgeschlagene Therapie bei ihrer Einfachheit zum Versuch empfohlen werden zu können.

JONQUIÈRE.

94) **Grahner. Beitrag zur Behandlung der Diphtheritis.** *Correspondenzblatt des allgem. ärztl. Vereins f. Thüringen. XV. p. 142—147. Weimar, 1886.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

SCHECH.

95) **Seneca Powell. Ozon zur Behandlung der Diphtherie. (Ozone in the treatment of diphtheria.)** *New-York Medical Record. 4. Dec. 1886.*

P. berichtet einige bemerkenswerthe glückliche Resultate nach dem Gebrauch des Ozons bei Diphtheritis und Phthisis. Die Wirkung des Gases ist zuerst leicht stimulirend, nachher hypnotisch. LEFFERTS.

96) **L. Stepp** (Nürnberg). **Behandlung der Diphtheritis mit Jodkalium.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 9. S. 146. 1886.*

Damit das abgespaltene Jod die Entwicklung der Mikro-Organismen hemme, giebt St. grosse Dosen Jodkalium; in den ersten 3 Lebensjahren 2—4 proc., für das spätere Kindesalter 4—10 proc. Lösung, stündlich 1 Esslöffel voll. Er theilt 16 so behandelte und glücklich verlaufene Fälle mit. Es wurden 10—20 Gr. Jodkalium und einmal sogar 50 Gr. in 10 Tagen ohne jeden Schaden genommen. B. FRAENKEL.

97) **Doussain. Diphtheriebehandlung. (Le traitement de la diphthérie.)** *Le moniteur thérapeut. No. 10. 4. October 1886.*

D. giebt an, 3 mal die Methode Galicier's gewissenhaft angewendet zu haben, und allemal mit Misserfolg. E. J. MOURE.

98) **De L. Miller. Die Behandlung der Diphtherie. (On the treatment of diphtheria.)** *Journal of the American Med. Association. 3. Juli 1886.*

M. hält die Diphtherie für eine infectiöse constitutionelle Erkrankung, die mit dem Croup nicht identisch ist. Rücksichtlich der Therapie bringt er nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **Pauly et Mandot. Neue Diphtheriebehandlung. (Nouveau traitement de la diphthérie.)** *Sémaine méd. 1. September 1886.*

Die Autoren lassen den Kranken frische Luft oder besser noch reinen Sauerstoff athmen. Ausser dieser hygieinischen Behandlung geben sie Chinin. sulf. innerlich und pinseln mit Borax und Salicylsäure gelöst in Glycerin und Wasser. E. J. MOURE.

100) **Wm. Porter. Einige praktische Rathschläge zur Behandlung der Diphtherie. (Some practical suggestions on the treatment of the diphtheria.)** *Weekly Med. Review. St. Louis, 18. September 1886.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **Cuq. Diphtheriebehandlung mit Digitalin und Schwefelcalcium. (Traitement de la diphthérie par la digitaline et le sulfure de calcium.** *Le Moniteur thérapeutique. No. 8. 2. August 1886.*

C. giebt an, 2 Fälle nach dieser Methode geheilt zu haben. E. J. MOURE.

102) **A. P. Van Mansvelt. Chlorwasser als Heilmittel gegen Diphtheritis. (Chloorwater als Geneesmiddel tegen Diphtheritis.)** *Weekblad van Het Nederlandsch Tjidschrift voor Geneeskunde. No. 47. 1886.*

Gelegentlich einer Scharlach-Diphtheritis-Epidemie hat der Autor die von Dyes (Hannover) anempfohlene Behandlung mit Chlorwasser in Anwendung gebracht und damit günstige Resultate erzielt, so dass er auch Andern dieselbe

empfehlen zu können glaubt. Er lässt von einer Mischung von „Aq. chlorat. 2 auf Aq. depur. 1 D. in vitr. nigr." anfangs alle Stunden, später alle zwei Stunden einen Kaffeelöffel voll innerlich reichen. Unangenehme Nebenwirkungen hat er dabei nicht beobachtet. BAYER.

103) Pirker (Pest). **Ein praktischer Beitrag zur Diphtheritistherapie.** *Gyógyászat. No. 42. 1886.*

Nachdem nach Carbolglycerinpinselungen bei Kindern acute Darmkatarrhe auftraten, hat Verf. bei seinen letzten 16 Fällen mit Erfolg Pinselungen von Kali. hypermang. 0 . 20 auf 200 Aqu. dest. angewendet. Ob alle 16 Fälle wirklich diphtheritische waren, ist aus der Arbeit nicht zu entnehmen.

BAUMGARTEN.

104) Bloebaum (Coblenz). **Behandlung der Diphtherie durch Galvanokaustik.** Verhandlungen des V. Congresses für innere Medicin. Wiesbaden, 1886.

B. erblickt in der Glühschlinge ein eminentes mechanisches und membranlösendes Mittel und empfiehlt dieselbe bei Diphtherie, zumal die Glühhitze antiseptisch und antiphlogistisch wirke. Er construirte desshalb einen eigenen Mundspiegel und galvanokaustischen Apparat, die jedoch von den bisher üblichen nicht besonders verschieden zu sein scheinen. SCHECH.

105) Reiersen (Kopenhagen). **Ueber die Behandlung der Nasendiphtheritis. (Om Behandlingen af Nasediphteritis.)** *Ugeskrift for Läger. 27. November 1886.*

Die Behandlung der Nasendiphtheritis muss folgende Ziele im Auge haben:

1. Auf die Bakterien einzuwirken, die als Ursache der Krankheit angegeben werden.

2. Die Passage durch die Nase, wenn diese von Membranen verstopft ist, zu forciren.

3. Die Geschwulst der Schleimhaut und die Entzündung zu vermindern, so dass die Passage für Irrigation wieder retablirt wird.

Dies hat R. durch Einführung von Borsäure-Cocaïn-Bougies in die Nasenhöhle erreicht. Eine Bougie wird in jedes Nasenloch eingeführt, und dies wird, wenn nothwendig, mehrmals täglich wiederholt. Die Formeln für die Bougies sind die folgenden:

Für Kinder über 10 Jahren: Cocaïni muriat. 0,01 à 0,015, Acidi borici 1,0, Amyli u. Gummi arab. pulv. ana 0,10 Mucil. gm. arab., Glycerini q. s. ut fiat Bacillus acuminatus 10 Centimeter lang, 4 à 5 Millimtr. dick.

Für Kinder zwischen 6 und 10 Jahren: Cocaïn 0,007, Acid. bor. 0,80, Amyl. und Gum. arab. ana 0,10 u. s. w. 8 Centimeter lang, 4 à 5 Millimeter dick.

Für Kinder unter 6 Jahren: Cocaïn 0,005, Acid. boric. 0,65 u. s. w. 6 Ctm. lang und 4 à 5 Millimeter dick. SCHMIEGELOW.

106) Heubner. **Ueber Scharlachdiphtherie und deren Behandlung.** Verhandlungen des V. Congresses für innere Medicin. Wiesbaden, 1886.

Der Inhalt der Arbeit deckt sich mit jenem, über welchen bereits in No. 5. November 1886, Referat 47, S. 175 des Centralblattes referirt wurde.

SCHECH.

107) **Brasch** (Berlin). **Zur Therapie schwerer diphtheritischer Lähmungen mittelst Strychnin-Injectionen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 48. S. 862.*

Heilung eines 4 Jahre alten Knaben, bei dem neben schwerer postdiphtherischer Lähmung auch beunruhigende Erscheinungen seitens des Herzens vorlagen. B. FRAENKEL.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

108) **A. Hodgkinson** (Manchester). **Multiple Papillome des Kehlkopfs. (Multiple papilloma of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 6. Nov. 1886.*

Eine 40jährige Frau hustete in kurzen Zeiträumen Fragmente von Papillomen aus. 14 Monate früher waren laryngoscopisch 3 Neoplasmen diagnosticirt worden. Nach wiederholter Application des Galvanocauters zeigte sich deutliche Besserung. Nachdem Patientin vier Monate ausgeblieben war, musste sie wegen schwerer Dyspnoe ins Krankenhaus aufgenommen und tracheotomirt werden. Die Neoplasmen bildeten sich nach der Operation und unter dem Einfluss der physiologischen Ruhe zurück. A. E. GARROD.

109) **Reginald A. Hayes** (Dublin). **Papillom des Kehlkopfs. (Papilloma of the larynx.)** *Dublin Journal of Medical Science. September 1886.*

Hayes stellte in einer Versammlung der Academy of Medicine einen Patienten vor, aus dessen Larynx ein Papillom entfernt worden war. M'BRIDE.

110) **Ernest Jacob** (Leeds). **Papillom des Kehlkopfs. (Papillomà of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 20. November 1886.*

J. zeigte in der Leeds und West Riding Medico-Chirurgical Society ein recidivirtes Papillom, welches aus dem Kehlkopf eines jungen Mannes auf intralaryngealem Wege entfernt worden war. A. E. GARROD.

111) **N. Monastyrski** (Petersburg). **Ein Fall von adenomatösem Papillom, mittelst der Laryngotomie operirt.** *Petersburg med. Woch. No. 1. 1886.*

Bei einer Patientin, die angeblich seit der Geburt an Aphonie litt, wurde laryngoscopisch eine breit aufsitzende Geschwulst diagnosticirt, die das linke falsche und wahre Stimmband vollkommen bedeckte. M. machte die Laryngotomie, entfernte knapp am Rande des Stimmbandes den Tumor und exstirpirte mit demselben das ganze falsche Stimmband. Der Tumor erwies sich als ein adenomatöses Papillom. Der Larynx wurde mit Jodoformgazestreifen tamponirt, deren Enden über der Trachealkanüle nach aussen geführt wurden. Auf diese Weise diente der 9 Tage liegen gelassene Tampon gleichzeitig als Leitfaden für das Secret. Heilung und Erlangung einer vollkommen klaren Stimme. LUNIN.

112) **A. W. McCoy. Papillom des Larynx. (Papilloma of the larynx.)** *Philad. Med. and Surg. Rep. 20. Nov. 1886.*

Bericht über einen Fall. LEFFERTS.

113) **W. Lublinski. Fall von Kehlkopfpolyp, geheilt nach Voltolini's Verfahren,** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 26. S. 429. 1886.*

Demonstr. in der Berliner med. Gesellschaft. L. benutzt einen besonderen, sehr stark gearbeiteten Schwamm. B. FRAENKEL.

114) **M. Lamikowski** (Charkow). **Entfernung zweier Fibrome des Kehlkopfs auf endolaryngealem Wege. (Dwa slutschia fibrom gortani udalennichete.)**

Operirt wurde mit der kalten Schlinge. Das eine Fibrom ging von der Morgagnischen Tasche und dem vorderen Winkel der Stimmbänder aus, das zweite sass breit auf in der Regio interarytenoidea. [Eine gutartige Neubildung in der Regio interarytaenoidea? Red.] LUNIN.

115) **E. C. King. Grosses Myxom des Larynx. (Large myxoma of the larynx.)** *Canadian Practitioner. Dec. 1886.*

Die mikroscopische Untersuchung nach der Exstirpation zeigte die wahre Natur dieser seltenen intralaryngealen Neubildung: es handelte sich um ein Myxom. Das makroscopische Aussehen war das einer straffen Cyste. Die Oberfläche war regelmässig und abgerundet; sie bestand aus zwei deutlichen Theilen. Der eine, welcher die Basis darstellt und von dem der andere auswuchs, war in dem Interarytaenoidraum gelegen und hatte ungefähr die Grösse einer gespaltenen Bohne; er war etwas unregelmässig und von dunkelrother Farbe. Der andere war von perlgrauer Farbe, birnenförmig und hatte ungefähr die Grösse einer kleinen Wallnuss. LEFFERTS.

116) **N. Simanowski** (Petersburg). **Ueber Operationen im Kehlkopf und in der Nase. (Ogortannich i nosowich operatiach.)** *Trudi obtsch. russ wrat. 1886.* Verlag von Ricker. Petersburg.

S. referirt über einige Operationen, die er im Kehlkopf und in der Nase ausgeführt hat. Die Operationen bestanden in Entfernung von Kehlkopfpolypen bei 6 Patienten (bei 2 ohne Cocaïn) und von Schleimpolypen aus der Nase bei 3 Patienten. Bei letzteren wurde der Stumpf mit dem Galvanokauter betupft. Am Schlusse spricht sich Verf. sehr lobend über die Wirkung des Cocaïn aus. LUNIN.

117) **Boeckel. Operations pratiqués sur le larynx.** *Gazette méd. de Strassbourg. 1. November 1886.*

Die Arbeit war dem Referenten unzugänglich. SCHECH.

118) **A. Böcker** (Berlin). **Ein Unicum in der Laryngo-Chirurgie. Isolirte Exstirpation des Ringknorpels wegen Enchondrom.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 43. 1886.*

Nach Aufzählung der in der Literatur erwähnten Fälle operirter oder nicht operirter Knorpelgeschwülste des Kehlkopfes, in Bezug auf welche auf das Original verwiesen werden muss, theilt B. zwei eigene Beobachtungen mit. In dem ersten handelte es sich um einen linsengrossen Tumor dicht unterhalb des rechten Stimmbandes, der vom Schildknorpel ausging. B. entfernte ihn, da er die Phonation hinderte, mit dem Messer und einem eigens dazu nach Art der Luer'schen Hohlmeisselzange angefertigtem Instrument. Die mikroscopische Untersuchung zeigte, dass die Geschwulst aus hyalinem Knorpel bestand. Der zweite Fall gab Veranlassung zu dem Titel der Mittheilung. Bei einem 62 Jahre alten Manne bildete ein vom Ringknorpel ausgehender haselnussgrosser, harter Tumor ein Athmungshinderniss. Als nach der Tracheotomie die Palpation mit dem Finger zeigte, dass derselbe unbeweglich mit der Platte und dem Bogen des Ringknorpels zusammenhing, spaltete B. nach Einlegen der Hahn'schen Tampon-

canüle den Kehlkopf bis zum Zungenbein, wobei der verknöcherte Schildknorpel durchsägt werden musste, und exstirpirte den Ringknorpel, indem er die Ary-Knorpel und die Mm. cricoarytaenodei postici zurückliess. Die Geschwulst erwies sich als Enchondrom mit Einsprengungen spongiöser Knochensubstanz. Der Patient überstand die Operation, war aber genöthigt, dauernd eine Canüle zu tragen, da die Stimmbänder beim Inspiriren sich gegeneinander legen. Das Schlucken erfolgt unbehindert, und kann der Patient bei zugehaltener Canüle oder mit der Bruns'schen Ventilcanüle deutlich, aber rauh und heiser sprechen. Ein Recidiv — die Operation wurde im April 1885 gemacht — ist nicht erfolgt. Schliesslich erwähnt B., dass Prof. Bruns ihm einen noch nicht veröffentlichten Fall von Echondrom des Kehlkopfes mitgetheilt habe, in welchem er die bohnengrosse Geschwulst mit dem Meissel von der Platte des Ringknorpels abgestochen habe.

B. FRAENKEL.

119) **Coppens. Epitheliom des Kehlkopfs. (Epithélioma du larynx.)** *Bullet. méd. du Nord. No. 5. Mai 1886. — Soc. centr. de méd. du Nord*

Nichts Neues; die Beobachtung des Verlaufs wird für später versprochen.

E. J. MOURE.

120) **Samuel West** (London). **Kehlkopfepitheliom. (Epithelioma of larynx.)** *Brit. Med. Journal. 11. December 1886.*

Demonstration des Specimens, welches eine enorme Ausdehnung der übrigens auf die Innenseite der Luftwege beschränkten Neubildung zeigte, am 7. December 1886 vor der Pathol. Society of London. Der Patient war ein 43jähriger Mann. Dyspnoe bestand neun Monate vor der Aufnahme ins Hospital. Der Kranke ging bald nach vorgenommener Tracheotomie zu Grunde.

SEMON.

121) **A. Sokotowski** (Warschau). **Ein Beitrag zum primären Kehlkopfkrebs. (Przyczynek do kazuistyki raka, pierwotnego krtani.)** *Gazeta lekarska. No. 17 i 18. 1886.*

Verfasser berichtet über 4 Fälle von primärem Larynxkrebs, die er im Jahre 1885 beobachtet hatte. Zwei dieser Beobachtungen sollen hier wegen ihrer Combination mit Lungentuberculose berücksichtigt werden.

1. Beobachtung. Ein Mann von 60 Jahren leidet seit einigen Jahren an Heiserkeit und leichter Dyspnoe, magert ab und hustet etwas. Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt: Rechts hinten oben leichte Spitzencondensation mit unbestimmtem Athmen und spärlichem Rasseln. Foetor ex ore. Cervicaldrüsen nicht vergrössert. Im Larynx: rechtes wahres Stimmband exulcerirt, mit ausgenagten, theilweise mit Excrescenzen besetzten Rändern. Die übrigen Larynxtheile normal. Fieberloser Zustand.

Wegen drohender Dyspnoe wurde die Tracheotomie ausgeführt, doch ging Patient an Diarrhoe, die sich zugesellte, rasch zu Grunde. Die Section ergab: Eine harte, dunkle, bindegewebige Schrumpfung in der rechten Lungenspitze, ohne Spuren von Tuberkeln, in leichterem Grade auch im linken Apex. Im Larynx fand sich ein tiefes, kraterförmiges Geschwür, das sowohl das wahre Stimmband, wie auch das Taschenband zerstört hatte, inselförmige Verhärtungen zeigte und tief bis auf den Schildknorpel reichte. Die von Dr. Przewoski, Assistenten

am pathologischen Institut, vorgenommene Untersuchung ergab ein typisches Carcinoma keratoides. — Aus diesem Befund kommt Verf. zum Schluss, dass in diesem Falle eine Combination von Tuberculose und Carcinom vorlag, im Gegensatz zur Exclusionstheorie von Rokitanski. [Der Herausgeber hat diese seltene Combination ebenfalls gesehen. Vgl. St. Thomas' Hosp. Rep., Vol. XIII., p. 169.] — Er betont als die Diagnose erleichternd, den Foetor ex ore, der seiner Meinung nach nie bei Tuberculose vorkommt. Eine Untersuchung der Sputa auf Bacillen ist nicht vorgenommen worden.

2. Beobachtung. Ein 55jähr. Bahnwächter leidet seit einigen Monaten an Heiserkeit und Dyspnoe, in letzter Zeit auch an Bluthusten. Die Untersuchung ergab: Cachexie ohne Fieber, keine Schwellung der Cervicaldrüsen. Im Larynx Exulceration des ganzen wahren linken Stimmbandes, mit polypösen Wucherungen, welche den Morgagni'schen Sinus verdecken und das linke normale Taschenband vorwölben. Die übrigen Larynxtheile normal. In beiden Lungenspitzen verschärftes Athmen, mit spärlichem Rasseln. Im Auswurf keine Bacillen. Trotzdem wurde die Diagnose auf Larynxtuberculose gestellt. Patient verliess das Spital, kam aber nach einem Monat wieder, mit heftigem Husten, Dysphagie und Dyspnoe. Auf der vorderen Halsfläche in der Gegend des Larynx, fand man einen hühnereigrossen, fluctuirenden, von normaler Haut bedeckten Tumor. Im Larynx: Bedeutende Schwellung des linken Aryknorpels und des Lig. ary-epiglotticum. Der Knorpel war in einen weisslichen, kirschengrossen Tumor umwandelt, der rechte Aryknorpel ebenfalls verdickt. Die tieferen Larynxtheile waren unsichtbar. Im Sputum keine Bacillen. Wegen zunehmender Dyspnoe wurde zur Tracheotomie geschritten, doch entleerte sich bei der Incision der Haut eine Menge Eiter und ein bis zu den Trachealknorpeln sich erstreckender linkseitiger Abscess wurde constatirt. Die stenotischen Erscheinungen liessen sofort nach und konnte die Tracheotomie aufgeschoben werden. Der entleerte Eiter enthielt keine Bacillen.

Der Zustand verschlimmerte sich indessen einige Wochen später und zwang zur Tracheotomie. Nach der Operation stellte sich Fieber ein, Kräfteverfall, blutige Sputa, stetig fortschreitende Infiltration der linken Lunge. Im Larynx dominirte das Bild der ulcerösen, tuberculösen Phthise, welches aber einige Wochen später durch ein bei dem Reinigen der Trachealcanüle entferntes erbsengrosses Gewebestück fraglich wurde. Die mikroscopische, von Dr. Przewoski vorgenommene Untersuchung ergab ein typisches Carcinoma keratoides. Der Kranke verliess etwas später die Abtheilung und starb in einem anderen Spital, leider ohne secirt zu werden.

Die 3. und 4. Beobachtung von primärem Kehlkopfkrebs betreffen zwei Männer im Alter von 65 und 62 Jahren.

Im dritten Falle war besonders die Epiglottis stark degenerirt und verbarg die inneren Larynxtheile. Cervicaldrüsen geschwollen. Foetor ex ore. Der Kranke entzog sich der weiteren Beobachtung.

Der 4. Fall zeichnete sich durch Aphonie, Stridor, Cachexie und Mangel an Lymphdrüsenschwellung aus. Leichte Schwellung des rechten Aryknorpels mit fast totaler Unbeweglichkeit der linken Hälfte der hinteren Larynxwand. Am 19. No-

vember wurde von Prof. Kosinski eine totale Larynxexstirpation vorgenommen. 8 Wochen später starb Patient an Pneumonia cachecticorum ohne Recidiv im Kehlkopf. Die Neubildung erwies sich als Carcinoma keratoides.

Verfasser bespricht die Vortheile der frühen Tracheotomie bei Larynxkrebs und die zweifelhaften Erfolge der totalen Kehlkopfexstirpation. Gerechtfertigt hält er dieselbe nur beim Ergriffensein des Kehlkopfs, Angesichts der Schmerzen, die mit dieser Localisation einhergehen (!). (Die Beschreibung des Larynxbefundes ist nicht ganz präcise. Ebenso vermissen wir im vierten Falle die genauere Angabe über den anatomischen Befund des exstirpirten Larynx. [Ref.])

T. HERING.

122) B. Fränkel (Berlin). **Erste Heilung eines Larynxcancroids vermittelst Ausrottung per vias naturales.** *v. Langenbeck's Archiv. Bd. XXXIV. Heft 2. 1886.*

Im Gegensatz zu der relativ geringen Malignität des Cancroids des Larynx (langsames Wachsthum, späte Infection der Nachbarorgane; frühzeitige Diagnose) habe bis vor Kurzem die Therapie gestanden. Erst in neuester Zeit begännen die Erfolge der Resection, und zwar besonders der partiellen, dieser Operation auch bei den Specialisten Anhänger zu verschaffen. Verf. könne nun einen von ihm per vias naturales geheilten Fall von unzweifelhaftem Cancroid des Larynx mittheilen. Es beträfe dies den Reichtagsabgeordneten J. Wiggers in Rostock, der zuerst am 17. September 1881 von ihm mit der Schlinge von einem über bohnengrossen Tumor des rechten Stimmbandes befreit worden sei. Der Tumor sei zweifellos ein Cancroid. Vortr. demonstrirt die Geschwulst, sowie mikroscopische Schnitte derselben. Trotz der anscheinend vollständig gelungenen Entfernung bildeten sich Recidive. Im September 1882 wurde ein erbsengrosser, im Mai 1883 ein bohnengrosser Tumor vom gleichen Orte und auf die gleiche Weise entfernt. Im Jahre 1884 hatte sich eine hühnereigrosse Drüsengeschwulst rechts am Halse ausgebildet. Nachdem im Februar nochmals der Kehlkopf gesäubert worden war — exstirpirte Stücke wurden von Professor Virchow untersucht und als ein Cancroid befunden —, exstirpirte Herr Professor Madelung (Rostock) am 1. April die Drüse am Halse, und zwar trotz umfangreicher Verwachsung mit der Vena jugularis mit glänzendem Erfolge. Auch die Drüse erwies sich nach Mittheilungen des Herrn Professor Madelung zweifellos als eine Krebsgeschwulst. Es wurde nun im Juni 1884 zum 5. Male gegen ein Recidiv im Larynx intralaryngeal vorgegangen. Verf. fasste die Geschwulst mit der Schlinge und riss sie in 2 Sitzungen aus. Er unterliess es diesmal, den Galvanokauter nachträglich anzuwenden, wie dies bei den früheren Exstirpationen geschehen war. Es bildete sich nun kein Recidiv aus, und ist der 75 Jahre alte Patient seit dem Sommer 1884 vollkommen gesund. Auch seine Stimme ist durchaus erhalten. Er kann dem nachals geheilt angesehen werden. Verf. ist der Meinung, dass dieser Fall die intralaryngeale Methode der Operation auch gegen Larynxcancroid als berechtigt hinstelle. Freilich habe dieselbe ihre Grenzen. So habe er selbst vor Kurzem einen Patienten Herrn Geh.-Rath v. Bergmann zur halbseitigen Exstirpation des Kehlkopfs überwiesen, weil durch den zum Theil subglottischen Sitz des Cancroids an der vorderen Commissur der Stimmbänder die Gefahr des Uebergreifens auf die andere Seite nahe gelegen habe. Patient sei bisher geheilt

und spräche mit vernehmbarer Stimme. Fr. empfiehlt fernerhin gegen den Kehlkopfkrebs folgendermassen vorzugehen: In allen Fällen, wo der Sitz der Geschwulst dies gestattet, wird mit der Schlinge oder Zange, unter Anwendung von Cocain, ein möglichst grosses Stück auf intralaryngealem Wege herausgenommen, Ergiebt die mikroscopische Untersuchung, dass es sich um einen Krebs handelt und besteht keine unmittelbare Gefahr, dass die Geschwulst auf die andere Seite des Kehlkopfes übergreift, so ist der Versuch indicirt, die Geschwulst von ihrer Unterlage mit Schlinge oder Zange unter örtlicher Anästhesie ab- und auszureissen. Der Patient ist andauernd in laryngoscopischer Beobachtung zu halten und jedes etwa sich bildende Recidiv möglichst bald nach derselben Methode zu entfernen. Gelingt es nicht, auf intralaryngealem Wege zum Ziele zu kommen, so tritt die partielle Resection in ihr Recht. Sind beide Seiten des Kehlkopfes befallen, so wird vor der Total-Exstirpation noch die Frage zu erwägen sein, ob nicht vermittelst des intralaryngealen Verfahrens eine Ausrottung zu ermöglichen ist.

AUTOREFERAT.

123) **Lewis S. Pilcher** (Brooklyn). **Exstirpation des Kehlkopfs. (Exstirpation of the larynx.)** *Annals of Surgery. III. p. 67. 1886.*

Ein Leitartikel, der die von Hahn erhaltenen Resultate und die Schlüsse, zu welchen derselbe gelangt ist, mittheilt. Sie finden sich in seinem Artikel: „Ueber Kehlkopfsexstirpation" in Volkmann's Sammlung, klin. Vorträge No. 260.

A. E. GARROD.

124) **Arpad G. Gerster** (New-York). **Ueber halbseitige Exstirpation des Kehlkopfs nebst Bericht über einen geheilten Fall. (On unilateral extirpation of the larynx with report of a cured case.)** *Ann. of Surgery. Vol III. p. 20. 1886.*

G. zieht aus den berichteten Fällen dieser Operation folgende zu Gunsten derselben sprechende Schlüsse:

1. Das Mortalitätsverhältniss nach partieller Excision ist 20 pCt., während es nach totaler Exstirpation 33 pCt. ist.

2. Völlige Heilung: d. h. Freibleiben von Recidiven des malignen Tumors zugleich mit vollständiger oder nahezu vollständiger Erhaltung der Stimme; ebenso ist das Schlucken möglich. Die Tendenz zum Recidiviren ist nicht grösser als nach der Totalexstirpation.

3. Die äussere Wunde kann fast immer geschlossen werden und der Gebrauch der Trachealcanüle ist für die Respiration nicht nöthig.

4. Die Fähigkeit zum Schlucken bleibt gut erhalten (ausgenommen ist ein Fall, in dem die Operation wegen unheilbarer Narbenstenose des Pharynx und Larynx unternommen worden war).

Die Geschichte des G.'schen Falles ist folgende:

Ein Pförtner von 57 Jahren litt seit 5 Monaten an Heiserkeit, Schmerzen beim Schlucken und Husten mit Abmagerung und Kräfteverlust. Bei der laryngoscopischen Untersuchung zeigte sich ein weicher, blasser Tumor von der Grösse und Gestalt einer Mandel. Er erstreckte sich von dem linken Ligam. glossoepiglotticum zum linken Ligam. aryepiglotticum, durch die Substanz des linken Stimmbandes und endete mit einem knotenähnlichen Auswuchs in dem Giessbeckenknorpel. Es bestand eine feste Drüsenschwellung von der Grösse eines Hühnerei's in dem linken Triangulum submaxillare.

Zwei Tage nach seiner Aufnahme in's Krankenhaus wurden die infiltrirten Drüsen in der Narcose exstirpirt und die tiefe Tracheotomie gemacht. Der Sternomastoideus und die Ven. jugul. intern. waren mit Tumoren verwachsen. Die Vene wurde an zwei Stellen unterbunden und zugleich mit der ergriffenen Portion des Muskels nebst Drüsen exstirpirt. Die Enden des getrennten Muskels wurden vereinigt und die Haut geschlossen, nachdem ein Drain eingelegt worden war. Patient erholte sich befriedigend, aber da er geistig sehr deprimirt war, wurde er für einige Zeit nach Hause geschickt.

Nach sechs Wochen wurde zur halbseitigen Exstirpation des Kehlkopfs geschritten, eine Tamponcanüle in die Trachea eingelegt und aufgeblasen. Der Larynx wurde durch eine Incision freigelegt, die von der Incisur. super. des Schildknorpels bis zum unteren Rand des Ringknorpels reichte. Von dem oberen Ende der ersten Incision ging eine zweite horizontal bis zum vorderen Rand des linken Sternomastoideus.

Das Ligam. cricothyreoid. wurde gespalten, um die Einführung einer Knochen zange zur Spaltung des Schildknorpels zu gestatten, aber die geneigte Stellung desselben machte dies unmöglich. Es wurde deshalb die Membr. thyreohyoidea incidirt, um die Zange einzuführen, und der verkalkte Knorpel dann gespalten.

Die Epiglottis wurde der Länge nach durchschnitten. die linke Hälfte des Ligam. cricothyreoid. gespalten und die Art. thyreoid. super. doppelt unterbunden und durchschnitten.

Die Hauptschwierigkeit lag in der Abtrennung der seitlichen Partieen des Larynx und Pharynx, welche mit der Carotis durch Narbengewebe in Folge der Exstirpation der Submaxillardrüsen verwachsen waren.

Trotz der äussersten Sorgfalt wurde der Stamm der Art. thyreoidea superior an der Stelle ihres Abgangs von der Carotis durchschnitten. Der Hauptstamm wurde mit Catgut oberhalb und unterhalb unterbunden. die Blutung mit einer Arterienpincette gestillt. Als man die Pincette entfernte, sah man ein rundes Loch in der Wand der Carotis. Die übrig bleibende Lospräparirung war leicht.

Es floss kein Blut während der Operation in die Trachea; eine weiche Röhre wurde in den Oesophagus eingelegt und die Wunde lose mit Jodoformgaze tamponirt. Eine gewöhnliche Trachealcanüle wurde in der Trachealwunde zurückgelassen.

Die Operation hatte $1^3/_4$ Stunden gedauert.

Die mikroscopische Untersuchung zeigte, dass der Tumor ein Alveolarsarcom war.

Die Wunde heilte gut durch Granulation, und Patient klagte nur über starken Speichelfluss.

Die Nahrung wurde durch eine Schlundsonde gereicht.

Drei Wochen nach der Operation wurde die Tamponade der Wunde fortgelassen; die Ränder wurden zusammengenäht.

Einen Monat später wurde eine kleine geschwollene Drüse aus der Regio supraclavicul. entfernt.

Sieben Monate nach der Operation hatte der Patient sein Körpergewicht und seine Kräfte wiedererlangt und war im Stande, seiner mühevollen Be-

schäftigung nachzugehen. Festes wurde vorzüglich geschluckt, aber Flüssigkeiten waren leichter geneigt, in die Trachea zu gelangen. Er konnte in heiserem Flüsterton sprechen, der auf 10—15 Fuss hin gehört wurde. Die linke Seite des Halses zeigte eine tiefe Einsenkung und das Laryngoscop eine glatte Narbe, welche die linke Seite des Pharynx und der Trachea einnahm.

Zum Schluss giebt G. eine übersichtliche Tabelle der berichteten Fälle dieser Operation.

A. E. GARROD.

125) **Roswell Park** (Buffalo). **Ein Fall von Totalexstirpation des Larynx. (A case of total extirpation of the larynx.)** *Ann. of Surgery. Vol. III. p. 28. 1886.*

Patient, ein Arzt von 63 Jahren, wurde zuerst am 9. October 1884 gesehen. Seine Stimme war zischend und rauh. Er datirt seine Beschwerden auf einen Anfall von acuter Laryngitis zurück, die er in den ersten Jahren des amerikanischen Bürgerkrieges überstanden habe, nachdem er sich einer Erkältung ausgesetzt. Später habe er an schiessenden Schmerzen im Larynx, anfallsweisem Husten und zuweilen an Dyspnoeanfällen gelitten. Er war ein starker Raucher gewesen. Der Pharynx war eng, entzündet und sehr reizbar. Die Gaumenbögen waren geschwollen und roth, die Uvula purpurroth und sehr verdickt. Die laryngoscopische Untersuchung, die schwierig war, zeigte tiefe Congestion und Schwellung der Schleimhaut der Partien oberhalb der Glottis. Die Taschenbänder waren geschwollen und congestionirt. An Stelle der Stimmbänder sassen zwei röthlich graue, unregelmässige, ungestielte Neubildungen. welche die Ventrikel ausfüllten und die Stimmbänder bedeckten. Die Oeffnung der Glottis war Z-förmig gestaltet, die Hauptmasse des Neoplasma sass unterhalb der Glottis. Eine Ulceration desselben bestand nicht. P. hielt dasselbe für papillomatös, fürchtete jedoch eine epitheliomatöse Degeneration.

Patient wurde zum zweiten Mal am 8. Januar 1885 und hierauf am 20. April gesehen, wo wenig Veränderung in der Neubildung war, doch war sie etwas gewachsen. Am 10. Juni war er ganz aphonisch, die schiessenden Schmerzen hatten zugenommen, der Athem war beschleunigt, sehr geräuschvoll und beschwerlich. Die Untersuchung ergab, dass der Tumor zweifellos ein epitheliomatöser war. Am 14. Juni wurde die Tracheotomie wegen bedrohlicher Dyspnoe gemacht; sie begann unter Cocaïn- und Aetherspray, musste jedoch, da sie viel Schmerz verursachte. in der Narcose, welche sorgfältig überwacht wurde, beendet werden. Es bestanden grosse Schwierigkeiten sowohl bei der Blosslegung der Trachea. als auch beim Einführen der Canüle. Die Larynxentzündung legte sich in wenigen Tagen; die Canüle wurde entfernt. Die Exstirpation wurde am 28. Juni ausgeführt. Es wurde in der Medianlinie ein langer Schnitt vom Zungenbein bis auf 3 Ctm. vom oberen Ende des Sternum gemacht. Hierauf löste P. die Gebilde von der Seite des Larynx ab, die Muskeln wurden mit einem scharfen Periostelevator hinten abgeschält, der Kehlkopf wurde vom Zungenbein bis zum 2. oder 3. Trachealring frei gemacht. Alle Blutgefässe wurden auf einmal gefasst und unterbunden; einige grössere Venen wurden zwei Mal unterbunden und dann durchschnitten. Der Schildknorpel wurde mit einer Knochenzange eröffnet und man fand, dass der Tumor sich auf das Innere des Kehlkopfs beschränkte. Die Trachea wurde der Länge nach durch ihre oberen drei Ringe und dann quer

zwischen dem 1. und 2. Ring gespalten. Hierauf wurde die Trendelenburg'sche Tamponcanüle eingelegt, aber da der Ballon sich fehlerhaft erwies, so wurde er ringsherum mit Schwamm tamponirt.

Der Larynx wurde jetzt schnell vom Oesophagus gelöst, die Membrana thyreohyoidea gespalten und der Pharynx schliesslich sorgfältig abpräparirt. Der Larynx mit dem ersten Trachealring wurde in einem Stück entfernt. Die Blutung wurde gestillt und die Wunde nach verdächtigem Gewebe durchsucht. Die Uvula wurde, da sie ein derbes Knötchen enthielt, entfernt. Die Epiglottis mit ihren Zungen- und Seitenverbindungen wurde in situ belassen.

Die Trachea wurde mit zwei starken, durch den gespaltenen obersten Ring gelegten Seidennähten in die Hautwunde eingenäht und eine grosse Tracheal-canüle aus Aluminium eingelegt. Hierauf wurde ein wenig Jodoform auf die Wunde gestreut, die sorgfältig mit Jodoformgaze tamponirt wurde. Es wurde ein Weg zum Oesophagus offen gelassen, welcher mit demselben Material leicht tamponirt wurde.

Nahrung wurde sechs Stunden nach der Operation durch eine Sonde gereicht, welche durch die Wunde geleitet wurde. Bald nach der Operation begann Patient zu deliriren und ein Mal konnte er nur mit Mühe verhindert werden, aus dem Fenster zu springen, obwohl die Temperatur niedrig war. P. hält dies für ein Wunddelirium; nichtsdestoweniger wurde das Jodoform ausgesetzt und die Wunde mit in Salicylsäure und Kal. chloric.-Lösung getauchter Watte bedeckt, unter welcher Behandlung die Wunde sehr schnell heilte. In drei Wochen konnte die Nahrung durch den Mund gereicht werden. In sechs Wochen trug er einen künstlichen Kehlkopf und in sieben Wochen konnte er festweiche Speisen schlucken, sobald der Obturator in die obere Röhre eingelegt war.

Der künstliche Kehlkopf war eine ziemlich getreue Copie des Gussenbauer'schen in Silber.

Sechs Monate nach der Operation hatte der Patient seine Gesundheit und Kräfte wiedererlangt, war offenbar ganz wohl; er hatte sogar schon Hetzjagden mitgeritten. Die mikroscopische Untersuchung zeigte, dass der Tumor ein Epitheliom war.

A. E. GARROD.

126) **Frederic Lange** (New York). **Ein Fall von Totalexstirpation des Kehlkopfs. (Case of total extirpation of the larynx.)** *Ann. of. Surgery. Vol. II. p. 38. 1886.*

Der Fall betraf eine 30jährige Frau, welche am 4. April 1884 in das German Hospital zu New-York aufgenommen worden war. Am 18. April eröffnete Dr. Gerster den Larynx und exstirpirte einige papillomatöse Neubildungen verdächtigen Charakters. Die Dyspnoe der Patientin, bisher sehr hochgradig, liess nach und 11 Tage später verliess sie das Krankenhaus.

Im Juli wurde sie wegen Dyspnoe wieder aufgenommen. Es fand sich die Glottis beinahe ganz durch eine ulcerirende Neubildung verschlossen, welche von der vorderen Partie und der linken Seite des Kehlkopfes ausging. Daher wurde am 6. die tiefe Tracheotomie gemacht und am 11. der Kehlkopf exstirpirt, da man den Tumor für carcinomatös hielt, obwohl keine Drüsen geschwollen waren.

Es wurde in der Mittellinie eine Incision gemacht und eine zweite horizontale

entsprechend dem Zungenbein. Während der Operation war die Trachea durch eine Tamponcanüle nach des Verf.'s Construction geschlossen. Der ganze Larynx, einschliesslich des Kehldeckels und des Ringknorpels wurde entfernt. Die Operation dauerte ca. eine Stunde.

Nach Hahn's Vorschlag wurde die vordere Wand des Oesophagus an die Schleimhaut in der Gegend des Zungenbeins befestigt; die äussere Wunde wurde zum Theil geschlossen und ein Jodoformgazetampon locker eingelegt. Da Patientin sehr nervöser Natur war, so gab sie jedem Schluck- oder Hustenimpuls nach, so dass die äussere Wunde sich bald wieder öffnete. Der Tampon, welcher von einem umgekehrten ovalen Gummiball umgeben war, blieb jedoch in der Trachea und schloss sehr zufriedenstellend, seine Entfernung machte einige Schwierigkeiten.

Vier Tage ging es der Patientin gut, am 5. Tage stieg jedoch die Temperatur plötzlich und es trat der Tod unter den Symptomen von Septicämie ein.

Der Tumor erwies sich carcinomatös. Er hatte den Schildknorpel so perforirt, dass einige Stücke der darüber liegenden Muskeln bei der Operation entfernt werden mussten. A. E. GARROD.

127) Henry Morris (London). **Ein Fall von Kehlkopfexstirpation wegen Epithelioms. Tod an Erschöpfung am 8. Tage nach der Operation. (A case of excision of the larynx for epithelioma, with death from exhaustion on the eighth day after operation.)** *Brit. Med. Journal. 20. November 1886.*

128) Felix Semon (London). **Partielle Kehlkopfexstirpation wegen Epithelioms des linken Morgagni'schen Ventrikels. Genesung. (Partial extirpation of the larynx for epithelioma of the left ventricle of Morgagni. Recovery.)** *Ibidem.*

129) Henry T. Butlin (London). **Ein Fall von Epitheliom des Stimmbandes, wegen dessen partielle Kehlkopfexstirpation vorgenommen wurde. (A case of epithelioma of the vocal cord, for which partial excision of the larynx was performed.)** *Ibidem.*

Die drei im Titel schon theilweise beschriebenen Fälle wurden am 12. November 1886 der Clinical Society of London mitgetheilt, und die Discussion erstreckte sich auf alle drei gemeinschaftlich.

Der Morris'sche Fall betraf einen 59jährigen Mann, der bereits seit drei Jahren an allmälig zunehmender Kehlkopfstenose gelitten hatte. Fünf Monate vor der Exstirpation war die Tracheotomie vorgenommen worden; die Neubildung war aber in der Richtung nach unten weiter geschritten und hatte das zur Fortdauer des Lebens durchaus nothwendige Tragen der Canüle zu einer furchtbaren Qual für den Patienten gemacht. Schliesslich war die Exstirpation des Kehlkopfs unerlässlich geworden, um den Kranken von dem immerwährend drohenden Suffocationstode zu retten. In den ersten paar Tagen nach der Operation ging es dem Patienten verhältnissmässig gut; am 8. Tage nach derselben aber starb er an Erschöpfung. Die Autopsie wies nach, dass die Neubildung vollständig entfernt worden war und dass keine Metastasen vorhanden waren. Der Vortragende war der Ansicht, dass die Kehlkopfexstirpation nur sehr selten, und zwar nach dem Fehlschlagen weniger eingreifender Massregeln vorgenommen werden solle. Unter

zwei Umständen aber sei die Operation indicirt und gerechtfertigt: 1. wenn die Neubildung vollständig innerhalb des Larynx sich befinde, und daher in toto entfernt werden könne, 2. wenn nach vorgenommener Tracheotomie die Leiden des Patienten andauerten und erstickender Husten und Dyspnoë auf keine andere Weise erleichtert werden könnten.

Der Semon'sche Fall betraf einen 52jährigen, bekannten Kronanwalt. Das Leiden bestand zur Zeit der Operation ca. 1 Jahr. Die einzige Klage war die über Stimmverlust. Das Laryngoscop zeigte eine papillomähnliche, anscheinend das linke Stimmband betreffende Geschwulst. Die intralaryngeale Entfernung eines Stückchens derselben und mikroscopische Untersuchung des Fragments zeigten, dass es sich um ein verhorntes Epitheliom handelte. Bei der noch in derselben Woche (am 3. Mai 1886) von Dr. Eugen Hahn (Berlin) in Gegenwart und mit Assistenz von Sir James Paget, Dr. Borchardt (Berlin) und dem Referenten vorgenommenen Operation ergab es sich, dass die Neubildung mit breitem Stiel vom linken Morgagni'schen Ventrikel ausging. Entfernt wurde die ganze linke Kehlkopfhälfte mit Ausnahme des Ringknorpels. Die Genesung des Patienten wurde nur durch einen Bronchialkatarrh und leichte pleuritische Symptome etwas verzögert. Er erholte sich aber völlig; schon nach wenigen Tagen konnte die Canüle entfernt werden, und seine Stimme ist so überraschend kräftig geworden (obwohl er nur ein Stimmband besitzt), dass er gegenwärtig (d. h. am 15. April 1887, wie der Ref. statt der im Brit. Med. Journal angegebenen, weiter zurückliegenden Daten bemerken möchte) dem ihm kürzlich übertragenen Amte eines Polizeirichters vollkommen nachzukommen im Stande ist. Von einem Recidiv gegenwärtig, d. h. fast 12 Monate nach der Operation, keine Spur. — In seinen Bemerkungen über den Fall betonte der Vortragende die Nothwendigkeit eines vollständigen Abschlusses der unteren Luftwege vor dem Beginne der späteren Stadien der Operation. Besonders aber wünschte er ein Missverständniss einiger von ihm gelegentlich des Londoner internationalen Congresses gemachten Bemerkungen zu beseitigen. Er sei durchaus nicht, wie dies mehrfach ihm irrig unterstellt worden sei, ein principieller Gegner der Kehlkopfexstirpation bei wirklich geeigneten Fällen von Kehlkopfkrebs. Seine Opposition gelte vielmehr nur der Czerny-Foulis'schen Formulirung der Indication, „dass die Kehlkopfexstirpation vorzunehmen sei, sobald die Diagnose feststehe". Denn in einer grossen Reihe von einschlägigen Fällen könne die Diagnose erst mit Sicherheit zu einer Zeit etablirt werden, zu welcher die Operation keine vernünftigen Aussichten auf Erfolg mehr habe. Diese Frage wurde in der Arbeit ausführlich ventilirt, und der Vortragende endete, indem er vollständig das Butlin'sche Dictum acceptirte: dass für die nächste Zeit die Kehlkopfexstirpation wegen Carcinoms nur in Fällen von intralaryngealem, noch vollständig auf das Kehlkopfinnere beschränktem Krebs vorgenommen werden solle. Würde die Diagnose in solchen Fällen frühzeitig gestellt, so würde man gewiss oft statt der eingreifenden Totalexstirpation die functionell unendlich viel günstigere partielle Exstirpation vornehmen können. Die möglichst frühzeitige Diagnose womöglich mittelst intralaryngealer Entfernung und mikroscopischer Untersuchung eines Stückchens der Neubildung, sei daher von höchster Wichtigkeit.

In dem Butlin'schen Falle handelte es sich um einen 50jährigen Herrn, der seit zwei Jahren heiser war und einen verdächtigen Auswuchs am linken Stimmbande hatte. Wiederholte intralaryngeale Eingriffe wurden von schnellen Recidiven gefolgt, und nachdem der bösartige Character eines entfernten Fragments durch das Mikroscop festgestellt worden war, nahm Butlin nach einer Consultation mit dem Ref. am 26. Juni die Radicaloperation vor. Nach Eröffnung des Kehlkopfs zeigte sich, dass die Neubildung auch die untere Fläche des rechten Stimmbandes befallen hatte. Butlin entfernte daher die ganze linke Kehlkopfhälfte, sowie das rechte Taschen- und Stimmband, letztere durch einfaches Abheben vom Knorpelgerüst. Die Hahn'sche Pressschwammcanüle bewährte sich trefflich und der Patient erholte sich so schnell, dass er bereits drei Wochen nach der Operation aufs Land gehen konnte. Bis zur Zeit des Vortrags — $4^1/_2$ Monate nach der Operation — war kein Recidiv eingetreten. Der Patient konnte mit vernehmlicher, heiserer Flüsterstimme sprechen. — Die Bemerkungen, welche der Vortragende an die Mittheilung des Falles knüpfte, bezogen sich, abgesehen von der Erörterung seiner Ansichten über die Indicationen zur Operation (s. o.), hauptsächlich auf Technicismen derselben.

Discussion: Der Präsident (Mr. Bryant) beglückwünschte die Vortragenden. Mr. Lennox Browne warnte wieder einmal vor häufigen, intralaryngealen Eingriffen, da durch solche möglicherweise eine bis dahin gutartige in eine bösartige Geschwulst umgewandelt werden könne. (Den Beweis für diese von Herrn B. periodisch aufgestellte Behauptung ist derselbe trotz mehrfacher directer Aufforderungen — vergl. die Verhandlungen der Halsabtheilung des Londoner Congresses — bis zur Stunde schuldig geblieben. Ref.).

Mr. Fenwick berichtete über zwei von Prof. Thiersch ausgeführte Kehlkopfexstirpationen, bei denen er gegenwärtig gewesen war. Mr. Pick schloss sich den Ausführungen des Referenten an und berichtete über seinen eigenen, schon früher veröffentlichten Fall von totaler Kehlkopfexstirpation. Die drei Vortragenden vertraten ausführlich und energisch ihre, theilweise verschiedenen Standpunkte. Die Discussion war sehr lebhaft, und ihr Studium im Original ist Interessenten wohl zu empfehlen; leider erlaubt uns Rücksicht auf den uns zu Gebote stehenden Raum nicht, sie in extenso wiederzugeben. SEMON.

130) **A. Salomoni. Totalexstirpation des Kehlkopfs. (Estirpazione totale della laringe.)** Cremona, 1886. Tip. Fezzi.

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

131) **D. Newman** (Glasgow). **Exstirpation des Kehlkopfs wegen einer malignen Neubildung. (Excision of the larynx for malignant disease.)** *Glasgow Medical Journal. November 1886.*

In der Sitzung der Pathological and Clinical society (11. Mai 1886) stellte Newman einen Patienten vor, dessen Kehlkopf er vor 4 Monaten wegen eines malignen Leidens exstirpirt hatte. Die klinische Geschichte des Falles wurde sehr ausführlich mitgetheilt, ebenso die einzelnen Stadien der Operation. Betreffs der letzteren sind folgende Punkte die wichtigsten: 1. Die Trachea wurde zuerst gespalten und hierauf der Larynx von hinten mit seinen oberen

Befestigungen losgelöst. 2. Das Cornu super. des Schildknorpels soll vor der Abtrennung des Larynx vom Oesophagus entfernt werden.

Patient trägt die Irwine'sche Modification des Gussenbauer'schen Kehlkopfs und ist im Stande, deutlich, aber monoton zu sprechen.

In derselben Sitzung theilte Dr. Joseph Coats ausführlich die Schlüsse mit, zu denen er bei der Untersuchung des Patienten, dessen Kehlkopf exstirpirt worden war, in Bezug auf den Sitz und den Ursprung des vesiculären Geräusches beim Athmen gelangt war. Seine Bemerkungen gehören kaum in den Bereich unseres Referats; auch sind sie nicht geeignet, im Auszug mitgetheilt zu werden.

M'BRIDE.

132) **C. E. Godet. Ergebnisse des chirurgischen Eingriffes bei einigen Carcinomen [des Kehlkopfes, des Verdauungstractes, des Uterus]. (Resultats de l'intervention chirurgicale dans quelques carcinomes [larynx, tube digestif, utérus].)** *Thèse. Paris, 10. December 1886.*

Was den Kehlkopfkrebs anlangt, so giebt G. die Krankengeschichten der jüngst von Labbé operirten Fälle wieder und meint mit letzterem Autor, dass die Statistik der Kehlkopfexstirpation eine bedeutend bessere werden müsse durch Benutzung des Galvanokauters an Stelle des Messers, denn bisher sei der grosse Blutverlust bei der Operation Schuld an dem schlechten Ergebniss gewesen.

E. J. MOURE.

133) **Kaiser** (Diburg). **Die Unterdrückung des Hustens.** *Memorabilien. XXXI. 3. 27. Juli 1886.*

Man kann durch Willensenergie und Regelung der Respiration den Hustenreiz unterdrücken; Verf., der schon in seiner Jugend übelriechende Tuberkel ausgehustet hatte, glaubt durch Beobachtung obiger Massregel seine Gesundheit erhalten zu haben; an seinen Patienten kannte er keine glänzenden Resultate erzielen, es fehlte ihnen wahrscheinlich an Energie und Geschicklichkeit (?).

SCHECH.

134) **Thos. F. Rumbold. „Halte den Husten zurück". („Stop your coughing".)** *Maryland Med. Journal. 4. December 1886.*

Der Autor empfiehlt den Patienten, Selbstbeherrschung zu üben, indem man der Hustenneigung widersteht und auf diese Weise der Halsentzündung vorbeugt.

LEFFERTS.

135) **Robert J. Lee** (London). **Der älteste Bericht über Keuchhusten. (On the earliest record of whooping cough.)** *Med. Press and Circular. 1. Sept. 1886.*

L. giebt einen interessanten Bericht über die ältesten Schriften, welche diese Krankheit behandeln.

A. E. GARROD

136) **William H. Barlow** (Manchester). **Ueber die Natur des Keuchhustens. (On the nature of whooping cough.)** *Lancet. 8., 15. und 22. Mai 1886.*

In dieser interessanten und werthvollen Reihe von Artikeln liefert B. einen historischen Bericht über die verschiedenen Stadien unseres Wissens über den Keuchhusten. Nachdem er die Ansichten besprochen hat, welche über die Beziehung des Keuchhustens zu den Masern etc. vorgebracht werden und die

Differenz der Meinungen über den Sitz des Reizes erörtert hat. geht er zu einem Bericht über die Untersuchungen über die Mikroorganismen über, welche in dem Sputum angetroffen werden. Die Untersuchungen von Letzerich, Henke und Rossbach werden ebenso beschrieben wie die von Hüne, Tschamer und Burger und zuletzt die neuen Untersuchungen von Prof. Moncorvo aus Rio de Janeiro. B. theilt hierauf die Versuche mit, die er schon 1867 gemacht hatte, um diese Krankheit mittelst Carbolspray zu behandeln, ebenso wie andere Beobachter andere Antiseptica angewandt hatten; alle haben jedoch den Nachtheil. dass sie einen Reiz erzeugen, wenn sie so stark angewendet werden, als zu ihrer Wirkung nothwendig ist. Dieser Umstand veranlasste Prof. Moncorvo, Resorcin anzuwenden. in 1proc. Lösung; und zwar wurde es mit einem Kameelhaarpinsel auf den Pharynx und den Eingang zum Larynx applicirt. B. theilt hierauf die Resultate mit, welche er in 50 Fällen erhalten hatte, wobei die Dauer der Krankheit, welche gewöhnlich $8^1/_2$ Wochen beträgt, auf einen Durchschnitt von $5^1/_2$ Wochen reducirt wurde. Er sah grosse Vortheile von der Behandlung in einzelnen Fällen und besonders grade in den schweren. Er ist deshalb geneigt, auf diese Behandlungsweise grossen Werth zu legen. Er glaubt, dass ein Spray ein besseres Applicationsmittel sei als der Pinsel oder ein Schwamm, und dass Orcin (? Red.) vielleicht noch besser seinem Zweck entspricht als Resorcin. Obwohl er mit Prof. Moncorvo in vieler Beziehung übereinstimmt, so möchte er doch nicht in Abrede stellen, dass Blutveränderungen eine wesentliche Rolle in der Pathologie des Keuchhustens spielen.

Der dritte Artikel enthält eine vollständige statistische Uebersicht über die 50 Fälle. A. E. GARROD.

137) **Widerhofer** (Wien). **Pertussis.** Klinischer Vortrag. *Allgemeine Wiener med. Zeitung. No. 32 u. 33. 1886.*

W. fasst die Pertussis als bronchomycotische Erkrankung auf, deren Pilz wohl noch nicht mit Sicherheit festgestellt ist. Sein Vortrag fast alles Bekannte in übersichtlicher Form zusammen und bespricht Dauer, Verlauf, Prognose, Complicationen etc. Als Heilmittel schlägt er neben strenger Prophylaxe, Luftveränderung, Chinin, etwas Belladonna und Carbol-Inhalationen vor. Von dem Cocaïn sah er keine besonderen Erfolge. CHIARI.

138) **Torday** (Pest). **Wesen und Behandlung der Tussis convulsiva.** *Gyógyászat. No. 37. 1886.*

Verf. hält die Pertussis für eine Infectionskrankheit. Die Anfälle werden durch den Reiz der specifischen Mischung des Schleimes (Mikroorganismen, die noch nicht genau bekannt sind) im Endgebiete des Nervus laryngeus superior reflectorisch ausgelöst. (Könnte diese specifische Mischung des Schleimes nicht auch von der Nase aus die Reflexe auslösen? Ref.)

Therapie: Innerlich Chin. tannic. 0,5:20,0 und Extr. bellad. 0,01 bis 0,04.

Gegen Brechreiz Chloralhydrat und in letzter Zeit mit Erfolg Pinselungen im Larynx mit 2proc. Cocaïnlösung gebraucht. Die kleinen Patienten wünschten Wiederholung der Pinselungen. BAUMGARTEN.

139) **v. Herff** (Darmstadt). **Ein weiterer Beitrag zu den laryngoscopischen Beobachtungen bei dem Keuchhusten.** *Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. 39. Heft 3 u. 4. 1886.*

Die Ansichten über den Zustand der Respirationsorgane bei Keuchhusten divergiren noch sehr; während die Einen den Kehlkopfeingang entzündet fanden, war bei Andern die vordere Wand des unteren Kehlkopfraumes verändert sowie der Anfangstheil der Trachea oder die hintere Kehlkopfwand und der Schlund. Meyer-Hüni fand den ganzen Respirationstractus von den Choanen bis zu den Bronchien verändert, Rossbach hingegen die Halsorgane gesund. Verf. kam im Verlaufe eines 12 Wochen dauernden Keuchhustens durch fortgesetzte Autolaryngoskopie zu folgenden interessanten Resultaten:

1. Während des ganzen Verlaufs der Krankheit bestand in den Respirationswegen von den Choanen bis zur Bifurcation der Trachea eine superficielle Entzündung (Catarrh), welcher im Stad. spasmod. am stärksten und ausgebreitesten war und sodann im Stadium der Reconvalescenz an Intensität und Extensität wieder abnahm. Somit hielt auch die Zu- und Abnahme der Zahl und Heftigkeit der Hustenanfälle gleichen Schritt.

2. Die Intensität der Entzündung in den verschiedenen Regionen des Respirationstractus war eine verschiedene. Am auffallendsten waren die Veränderungen an den Wrisberg'-Santorin-Aryknorpeln und besonders in der Regio interarytaenoidea, sowie an der unteren Fläche des Epiglottis; auch der untere Larynxraum, besonders die Regio infraglottica, sodann die Trachea bis zur Bifurcation waren deutlich hyperämisch; die Stimmbänder blieben völlig intact.

3. Während eines Hustenanfalles ergab sich die Anwesenheit eines Schleimflöckchens auf der hinteren Larynxwand im Niveau der Glottis; durch Entfernung derselben mittelst Husten wurde der Anfall coupirt.

4. Durch Sondenreizung der Regio interaryt. im Stad. convuls. wurde stets ein Keuchhustenparoxysmus hervorgerufen; Reizung der unteren Fläche des Epiglottis hatte einen weniger intensiven Anfall zur Folge. Bei Berührung der übrigen Partien des Kehlkopfs trat niemals ein wirklicher Keuchhustenparoxysmus auf.

Des Verf.'s Versuche stimmten also im Wesentlichen mit jenen von Meyer-Hüni überein.

SCHECH.

140) **Michael** (Hamburg). **Ueber die Erfolge der Behandlung des Keuchhustens mit Insufflation.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 52. p. 942. 1886.*

Michael theilt weitere Erfahrungen über seine Behandlung des Keuchhustens mit Einblasungen von Benzoe-Pulver durch eine gerade Glasröhre in die Nase mit. Bis jetzt sind 300 Fälle so behandelt worden, darunter 120 von M. selbst. Eine genaue Statistik giebt er über 100 Fälle. Dieselbe ergiebt 8 Heilungen nach der ersten Einblasung, wesentliche Abnahme 74, keine Veränderung 12, weitere Steigerung 14. Nimmt in den nächsten Tagen nach Beginn der Einblasung die Zahl der Anfälle bedeutend ab, so kann man einen sehr milden Verlauf erwarten, ebenso kann man auf Erfolg rechnen, wenn die Abnahme eine stetige, aber geringe ist. Bleibt die Zahl der Anfälle aber 8 Tage lang die gleiche, oder steigt sie, so ist die Behandlung wirkungslos.

B. FRAENKEL.

141) **Grasset** (Montpellier). **Keuchhustenbehandlung mit Einstäubungen von Pulvern in die Nase. (Traitement de la coqueluche par les insufflations de poudres dans lez.)** *Semaine méd. 10. März 1886.*

G. resumirt die Arbeit Michael's über die Behandlung des Keuchhustens mit Einblasungen von Resina Benzoes und Chininum muriaticum und adoptirt diese Behandlungsweise. E. J. MOURE.

142) **Delmas. Keuchhusten; Behandlung desselben mit Naseneinblasungen. (Coqueluche; traitement par les insufflations nasales.)** *Soc. de méd. et Journ. de méd. de Bordeaux. 19. October 1886.*

Bei Gelegenheit eines von D. cititten Falles erinnert Ref. an den Einfluss gewisser Affectionen der Schleimhaut der Nase auf den Organismus im Allgemeinen und Pitres citirt den Fall eines Kranken, welcher von einem neuralgischen Gesichtsschmerz durch Behandlung der Nase geheilt wurde.

E. J. MOURE.

143) **C. W. Suckling** (Birmingham). **Carbolsäure zur Behandlung des Keuchhustens. (Carbolic acid in the treatment of whooping cough.)** *British Medical Journal. 24. Juli 1886.*

S. hält sehr viel von der Carbolsäure in der Behandlung des Stickhustens. Einem einjährigen Kind giebt er Dosen von 0,03 Carbolglycerin (B. P.) in Pfefferminzwasser. Unter 20 so behandelten Fällen trat in 17 schnelle Besserung ein, in 3 war sie ohne Wirkung.

Ulceration des Frenulum linguae hat er in 50 pCt. der Fälle von Keuchhusten beobachtet. A. E. GARROD

144) **W. T. Greene** (London). **Behandlung des Keuchhustens mit Kohlenwasserstoff. (Treatment of whooping cough by carburetted hydrogen.)** *Med. Press and Circular. 7. April 1886.*

G. bemerkte die Gewohnheit niederer Klassen, ihre an Keuchhusten leidenden Kinder nach den Gasanstalten zu nehmen, wo das Einathmen der Gase denselben offenbar von grossem Nutzen war. Er empfiehlt daher, 5—6 mal täglich das gewöhnliche Leuchtgas inhaliren zu lassen, welches durch ein Rohr vom Brenner zur Erde geleitet wird. Das Gas wird so lange angewendet, bis der Geruch wahrnehmbar ist. Der Patient steht über dem Rohr und athmet es einige Minuten ein. G. hat diese Behandlung in vielen Fällen von Keuchhusten sehr wirksam gefunden.

A. E. GARROD.

145) **A. Y. Garnett. Inhalationen von Cocain. mur. bei Keuchhusten. (Inhalations of muriate of cocaine in hooping-cough.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 9. Oct. 1886.*

Der Autor hat folgende Erfahrung gemacht: Eine 6proc. Cocainlösung in Chloroform, wovon vor jedem Hustenanfall, oder alle 4 Stunden 10 Tropfen zum Inhaliren gegeben wurden, hält manche Paroxysmen zurück, heilt aber weder die Krankheit, noch kürzt sie die gewöhnliche Periode ab. LEFFERTS.

146) **T. J. Tyner. Cocain versus Chloroform bei Pertussis. (Cocaine versus chloroform in whooping cough.)** *New-York Med. Record. 18. Dec. 1886.*

T. bemerkt, mit Bezug auf Garnett's Empfehlung, eine Lösung von Co-

cain in Chloroform zur Inhalation anzuwenden (vergl. das vorhergehende Referat), dass Cocain bei der Temperatur des Wasserbades sich nicht verflüchtigt, auch nicht mit dem Dampf seiner Lösung in Chloroform entweicht. Wenn man eine 6proc. Lösung von Cocain in Chloroform im Wasserbade bis zur Trockniss verdampfen lässt, so bleibt als Residuum die ganze Quantität des Salzes zurück.

LEFFERTS.

147) **Francotte** (Lüttich). **Cocaïnbepinselungen gegen das Erbrechen beim Keuchhusten. (Des badigeonnages de cocaïne contre les vomissements de la coqueluche.)** *Annales de la Société Médico-Chirurg. de Liège. No. 10. 1886.*

Von der von Prior und Moncorvo gerühmten Wirkung des Cocains, in einer 10proc. Lösung in den Rachen eingepinselt, die Reflexsensibilität bei Keuchhusten, sowohl was Husten als auch was Erbrechen anbelangt, herabzustimmen, konnte der Autor sich selbst an der Hand von 4 Fällen überzeugen und glaubt darin ein äusserst werthvolles Mittel besonders gegen das Erbrechen beim Keuchhusten erblicken zu können.

BAYER.

148) **L. Emmett Holt. Cocaïn bei Keuchhusten. Ist seine Anwendung bei jungen Kindern gefahrlos? (Cocaïn in hooping cough. Is its use safe in young children?)** *New-York Med. Journal. 23. Oct. 1886.*

Ermuthigt durch die günstigen Berichte von Moncorvo, Barlow, Guelmi, Prior, Michael, Schech und Poll, entschloss sich der Autor, diese Methode einem Versuch zu unterwerfen. Was kann theoretisch — so meint er — besser sein, als die Reflexerregbarkeit herabzusetzen, indem man den Larynx und Pharynx anästhetisch macht und hierauf ein locales Antisepticum anwendet, um die Krankheitskeime zu bekämpfen? Es bot sich hierzu bald eine Gelegenheit bei einer Keuchhustenepidemie in dem New York Infant Asylum.

Seine Erfahrung hat ihn gelehrt:

1. Cocain ist bei jungen Kindern unter allen Umständen nur mit grosser Vorsicht anzuwenden.

2. Der Spray ist niemals zu empfehlen, da die dabei gereichte Quantität unbestimmt ist.

3. Stärkere als 4proc. Lösungen sollten bei Kindern unter zwei Jahren zum Bestreichen oder Pinseln nicht angewendet werden, bei älteren auch nur mit grosser Vorsicht. Es gilt dies ebenso gut für das Rectum wie für den Hals.

4. In den Fällen, in welchen er es anwandte, sah er keinen nennenswerthen Vortheil für die Krankheit.

5. Chloral schien von sehr entschiedenem Nutzen zur Bekämpfung der Cocainsymptome zu sein. Er empfiehlt es zu ausgedehnteren Versuchen in dieser Richtung.

LEFFERTS.

149) **Walter L. Carr. Cocaïn zur Behandlung des Keuchhustens. (Cocaïne in the treatment of hooping cough.)** *New-York Med. Journal. 6. Nov. 1886.*

C. erklärt, dass er Cocain local in sehr vielen Fällen angewendet habe, freilich nicht immer mit demselben Nutzen, aber niemals ganz ohne Erfolg. „Ich habe mich niemals ganz auf das Cocain verlassen, sondern habe Expectorantien zur Beseitigung des Schleims gegeben, zuweilen wurde auch der Hals mit einer

Bor- oder Carbollösung gewaschen. Niemals sah ich einen Fall von Vergiftung. Die 4proc. Lösung wurde nach dem Husten, nicht in regelmässigen Zeiträumen angewandt. Die Wirkung des Mittels schien lange genug zu dauern, um die Wiederkehr des Krampfs zu verhüten. Ich verordnete diesen Patienten stets Leberthran und nahrhafte Diät."

LEFFERTS.

150) Labric. **Mittel gegen Keuchhusten. (Solution contre la coqueluche.)** Quelle nicht angegeben. Red.

L. empfiehlt Pinselungen des Rachens mit einer 5proc. Cocainlösung, 2 bis 3 Mal innerhalb 24 Stunden, je nach der Intensität der Krankheit.

E. J. MOURE.

151) L. Gay (Diou). **Keuchhusten, dessen Behandlung mit sublingualer Aetzung. (Coqueluche, traitement par la cautérisation sublinguale.)** *Gazette des hôpitaux. 16. Sept. 1886.*

Der Autor will durch Aetzung der Unterzungengegend, wo sich bisweilen bei Keuchhusten Geschwürchen des Frenulum vorfinden, bei 3 Kindern und einer Amme Heilung erzielt haben.

E. J. MOURE.

152) R. Pick (Coblenz). **Einathmung von Acid. carbol. pur. (s. liquefactum) bei Keuchhusten.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 21. S. 356. 1886.*

Fünf Fälle von Keuchhusten, darunter das Kind des Collegen Dr. Salomon, innerhalb 14 Tagen geheilt durch folgende Behandlung: Mit 15—20 Tropfen reiner Carbolsäure wird eine Wattekugel getränkt, diese in die vom Verf. früher (Deutsche med. Wochenschr. 1883, No. 13 u. 14) angegebene Maske eingebracht und diese womöglich den ganzen Tag, mindestens aber 6—8 Stunden getragen. Die Erneuerung der Watte fand etwa 3 Mal pro die statt.

B. FRAENKEL.

153) Jürgens. **Regelmässiger Krankenzimmerwechsel bei Keuchhusten und anderen Infectionskrankheiten.** *Archiv für Kinderheilkunde. VII. Heft 6. 1886.*

Sehr günstige Erfolge und wesentliche Abkürzung des Keuchhustens durch methodischen Wechsel der Krankenzimmer; Empfehlung dieses Verfahrens auch bei anderen Infectionskrankheiten, namentlich solchen, bei denen das Gift durch die Luftwege einwandert und wieder ausgeathmet oder ausgehustet wird. Die geräumten Zimmer sind nur nach gründlicher Desinfection wieder zu beziehen.

SCHECH.

## f. Schilddrüse.

154) A. Streckeisen (Basel). **Beiträge zur Morphologie der Schilddrüse.** *Virchow's Archiv. Bd. 103. S. 131 u. 215.*

In der sehr lesenswerthen Arbeit behandelt der Verf. 1. die Verhältnisse des Processus pyramidalis, 2. die Muskeln der Schilddrüse, 3. die Arterien der Schilddrüse und 4. die Nebenschilddrüsen und die Cysten der Zungenbeingegend. Die Arbeit eignet sich des reichen darin niedergelegten Materials wegen wenig zu einem Auszuge. Wir geben deshalb nur als Beispiel für den belehrenden Inhalt das Resumé, welches der Verf. selbst von dem vierten Theile giebt, und verweisen im Uebrigen auf das leicht zugängliche Original. „1. An der Spitze

des proc. pyramidalis kommt nicht selten eine schleimführende Flimmer-.oder Plattenepithelcyste vor, von welcher schlauchförmige solide und hohle Ausläufer in die Drüsensubstanz desselben eindringen. Gleichzeitig fehlt eine Glandula suprahyoidea. 2. Die gleichen Cysten finden sich auch vor und auf dem Zungenbein, ebenfalls in inniger Verbindung mit Schilddrüsensubstanz, d. h. mit einer Glandula suprahyoidea oder praehyoidea. Sie können sich mit normalen oder erweiterten Schleimdrüsen kombiniren. 3. Neben einer Schleimcyste der Zungenwurzel finden sich auch analoge Cystenbildungen auf dem Zungenbein oder an der Spitze des Proc. pyramid.; oder es ist wenigstens eine Gland. suprahyoidea vorhanden. 4. Schilddrüsen oder Cysten des Zungenbeins können ganz oder theilweise in den Knochen eingebettet werden. 5. In seltenen Fällen ist eine Beziehung zwischen dem Duct. excret. linguae und den Nebenschilddrüsen des Zungenbeins nachweisbar. Der Verf. glaubt daraus folgende Schlüsse ziehen zu dürfen: 1. der Entwickelungsweg der auch beim Menschen vorhandenen mittleren Schilddrüsenanlage führt vor dem Zungenbein vorbei; 2. die Gland. suprahyoidea ist nichts Anderes als das obere abgeschnürte Stück des Proc. pyram.; 3. die Fixation des Proc. pyramid. an die concave Fläche des Zungenbeins ist eine secundäre, bedingt durch Atrophie eines oberen vor das Zungenbein reichenden Theils und durch den nach hinten wirkenden Zug der Fasern der Regio subhyoidea; 4. die Trennung der Schilddrüsenanlage vom Schlundepithel geschieht im Bereiche des letzteren; 5. das mitgenommene Stück Schlundepithel persistirt häufig in Form von Flimmer- und Plattenepithelcysten, denen solide oder hohle schlauchförmige Ausläufer und acinöse Drüsenbildungen anliegen: 6. wahrscheinlich entspricht das Foramen coecum der Zunge der Abschnürungsstelle der Gland. thyreoid. B. FRAENKEL.

155) James J. Simpson. **Die Functionen der Schilddrüse. (The functions of the thyroid gland.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 30. Dec. 1886.*

Der Artikel ist ein gut geschriebenes und interessantes Resumé der jetzt allgemein acceptirten Ansichten. Er enthält jedoch nichts Neues. LEFFERTS.

156) Victor Horsley. (London). **Die Pathologie der Schilddrüse. (The pathology of the thyroid gland.)** *Lancet. 18. Dec. 1886.*

H. widmet seine beiden ersten an der Londoner Universität 1886 gehaltenen „Brown Vorlesungen“ der Pathologie der Schilddrüse. Indem er auf die blutbildende Function der Drüse hinweist, drückt er seine Meinung dahin aus, dass diese Function wahrscheinlich auf dem Wege eines gewissen umwandelnden Einflusses, welchen die Drüse auf die flüssigen Bestandtheile des Bluts ausübt, sich vollzieht. Die Untersuchungen von Wooldridge, welcher beobachtete, dass die blosse Wirkung von Kälte auf das blutkörperchenfreie Plasma eine Fällung von biconcaven Scheiben bewirken könne, sind von diesem Gesichtspunkt aus von besonderem Interesse, da die Schilddrüse vielleicht einigen Einfluss auf die Fällung der Blutkörperchen aus dem Plasma auf irgendwelche unbekannte Weise besitzt.

Bei der Besprechung der Histologie der Drüse legt er Nachdruck auf das embryonale, von Creswell Baber beschriebene Gewebe. Dieses Gewebe hat

ein netzförmiges Aussehen, da es aus Reihen von Zellen, umgeben von Blutgefässen, zusammengesetzt ist. Bei einigen Thieren bildet dieses Gewebe eingekapselte Massen unter der Kapsel. Verf. ist nicht in der Lage, Virchow beizupflichten, dass solch ein Klumpen dem einzelnen Acinus homolog sei. Diese Klumpen gehen keine weitere Entwickelung ein, wenn der Rest einer Drüse nach der Exstirpation eines Lappens hypertrophisch wird, sie wachsen jedoch an Umfang und Zahl und färben sich besser.

Einer der ausgesprochensten Züge der Hypertrophie der Schilddrüse ist die grosse vasculäre Anschoppung, wahrscheinlich durch die Vergrösserung der Arbeitslast der blutbildenden Function bedingt, welche sich auf den zurückbleibenden Theil der Drüse überträgt, so lange das Thier nicht abmagert. Er vergleicht diese Abhängigkeit von der Ernährung des Thieres mit der compensatorischen Hypertrophie der Niere. welche gleichfalls mit dem Körpergewicht in Beziehung steht.

Bei der Hypertrophie nehmen die Epithelzellen, welche die Acini bekleiden, an Zahl und Umfang zu, so dass die Wände der Acini faltig werden. Es zeigt sich weder eine Zunahme der parenchymatösen Weber'schen Zellen, noch eine Veränderung des embryonalen Gewebes in den Acinis.

Der colloide Inhalt der Acini nimmt nicht erheblich zu, verändert aber seine Consistenz, indem er weicher, mehr viscide wird und weniger fest. Er erscheint bisweilen wie ein viscides Netzwerk, wird zuletzt wässerig mit wenigen flottirenden Körnchen. Atrophie des Organs führt dagegen zu festerer Consistenz des Inhalts der Acini.

In seiner zweiten Vorlesung bespricht H. die Beziehung der Schilddrüse zum Gehirn. Nachdem er die Ansichten erwähnt hat, welche über den Einfluss der Schilddrüse auf die Gehirncirculation verbreitet sind, spricht er seine Meinung dahin aus, dass die Beziehung der Schilddrüse zum Gehirn nur eine scheinbare, nicht eine wirkliche sei und führt Experimente an Thieren zur Stütze seiner Meinung an. Er ist geneigt, versuchsweise die deutsche Ansicht zu acceptiren, wonach die Schilddrüse eine besondere eliminirende Function besitzt, indem sie diejenigen Producte ausscheidet. welche dem Nervensystem besonders schädlich sind.

H. behauptet, dass keine Beweise vorliegen, dass die Schilddrüse in den Hirnhemisphären vertreten sei. Sie empfängt sympathische Fasern von der Medulla und scheint auch vom Nervus recurrens einige zu erhalten, welche wahrscheinlich von dem motorischen Kern des Accessorius herstammen. Dieser Nerv ist nach Dr. Hale White der trophische Nerv der Drüse. H. glaubt jedoch, dass der Sympathicus der secretorische oder Drüsennerv sei. Er citirt hierfür Experimente an zwei Hunden, bei welchem je 3 cm vom Recurrens auf einer Seite ausgeschnitten worden waren, ohne dass nach 9 oder 11 Monaten histologische Veränderungen in der Drüse nachgewiesen werden konnten. [Vgl. hierzu die Referate 118, 119 Ss. 401, 402 des II. Jahrg. des Centralbl. Red.] Schiff dagegen fand in der Drüse weiter keine Veränderungen als eine Hyperämie wenige Tage, nachdem er alle sympathischen Fasern, welche zur Drüse gingen, zur Seite der Arterien durchgerissen hatte. Es brauchen jedoch Veränderungen, welche sichtbar werden sollen, längere Zeit als die hier angegebene. H. behauptet, dass die Function

und die Bedeutung der Drüse bei verschiedenen Thieren sehr verschieden sind und dass die nach der Exstirpation mehr oder weniger schnell und schwer folgenden Symptome im directem Verhältniss zu ihrer Function stehen. Er liefert Beispiele über die Wirkung der Exstirpation der Schilddrüse bei verschiedenen Thieren und betont den schädlichen Einfluss der Kälte, sobald die Schilddrüse entfernt ist.

Zum Schluss erklärt er, dass die ganze Materie weiterer Forschungen bedarf. A. E. GARROD.

157) **Konstantius Xauxes Hierokles. Ein Fall von Tumor Colli congenitus.** Berliner Dissertation. 1886.

Congenitales gelatinöses resp. fötales hämorrhagisches Adenom des linken Schilddrüsenlappens von colossalen Dimensionen mit auffallenden Lageveränderungen der Halsgebilde. Einzelne Stellen des Tumors machen den Eindruck, als handle es sich um eine bösartige Geschwulst. B. FRAENKEL.

158) **Schranz. Beiträge zur Theorie des Kropfes.** *Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 34. Heft 1. 1886.*

S. beweist an der Hand einer grossen Statistik, dass Struma und Herzleiden sehr häufig zusammentreffen; dies Zusammentreffen erklärt sich theils aus einer Wirkung der Struma auf das Herz, theils umgekehrt aus der Wirkung des Herzens auf die Struma. Von den gewöhnlichen Strumen verdanken sehr viele, wenn auch nicht alle, ihre Entstehung einer Neurose, und zwar in Folge Alteration der Vasomotoren. Diese wird verursacht durch vieles Bergsteigen, Tragen schwerer Lasten, Blasen von Musikinstrumenten, schwere Geburten, grelle Temperatursprünge etc. Die Brutstätten der Struma, des Cretinismus und Idiotismus sind die Gebirgsländer, also solche Orte, wo die Bedingungen zur Herabsetzung des Gefässtonus am günstigsten sind. Auch Cretinismus und Taubstummheit dürften vielleicht auch auf Störungen der Vasomotoren innerhalb des Embryonallebens zurückzuführen sein. Die grösste Gefahr der Kropfigen besteht von Seite des Herzens und nicht in der Erweichung der Trachea; deshalb sollen Narcosen bei Kropfigen nur im äussersten Nothfall angewendet werden; auch die Athembeschwerden vieler Kropfiger sind cardialer Natur und nicht tracheostenotischer.

SCHECH.

159) **Schmid. Einiges über Kropf und Cretinismus mit Darlegung des gegenwärtigen Standes des Cretinismus im Bezirk Brachenheim.** *Med. Corresp.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 13 u. 14. 1886.*

Aetiologisch über Kropf und Cretinismus ist folgendes bekannt:

1. Es ist ein schädigender Einfluss von gewissen geologischen Formationen anzunehmen.

2. Das schädliche Agens gelangt in den Körper durch das Trinkwasser.

3. Es ist noch nicht zu bestimmen, ob dasselbe organischer oder anorganischer Natur ist.

4. Alle anderen Factoren haben gegenüber dem territorialen Einfluss untergeordnete adjuvirende Bedeutung.

Der zweite Theil des Artikels hat nur locales Interesse und eignet sich nicht zum Referate in diesem Blatt. SCHECH.

160) **Burine. Abhängigkeit des Kropfes von der Schwangerschaft. (Du goitre dépendant de la grossesse.)** *Thèse de Paris. 1886.*

Verf. fragt sich, ob nicht die Schilddrüse während der Schwangerschaft in gewissem Sinne an der Hypertrophie der meisten Organe des Weibes theilnimmt. Zuweilen verschwand die Schwellung der Drüse nach der Entbindung, aber zuweilen persistirt sie. Dies ist die hyperplastische Form. Anstrengungen, Circulationshindernisse können iherseits Kropf erzeugen.

Drei Beobachtungen von Kropf in Folge von Schwangerschaft finden sich in dieser Arbeit. E. J. MOURE.

161) **Julius Hirschfeld. Ueber die acute Erweichung des Kropfes.** Berliner Dissertation. 1886.

Fall aus Prof. Sonnenburg's Klinik. Der Patient, ein Bluter, war vorher mit Jod- und Arsenik-Injectionen behandelt worden und bekam die Verjauchung der Struma im Anschluss an eine Pneumonie, wesshalb Verf. die Strumitis für eine metastatische hält. Incision und Jodoform-Tamponade führten zur Heilung. B. FRAENKEL.

162) **Romain. Ein Fall von eitriger Entzündung der Schilddrüse. (Sur un cas d'inflammation suppurée de la glande thyroide.)** *Arch. de med. et pharm. milit. Oct. 1886.*

Der Kopf eines 16jährigen Mädchens entzündete sich; es kam zur Eiterung, und die Patientin wurde auf diese Weise von ihrem Tumor geheilt. Der Hals wurde von 39 auf 32 Ctm. reducirt. Nach mehreren Monaten war noch kein Recidiv aufgetreten. E. J. MOURE.

163) **E. Fraenkel** (Hamburg). **Ueber Schilddrüsentuberculose.** *Virchow's Archiv. Bd. 104. S. 58.*

Fr. hat den Nachweis der Tuberkelbacillen benutzt, um die Frage der Schilddrüsentuberculose von neuem zu bearbeiten. Unter 380 in der Zeit vom 27. Juli bis 23. September 1885 zur Section gekommenen Individuen hat er 6 mal tuberculöse Affectionen der Schilddrüse — natürlich nur bei Phthisikern — angetroffen. Am Schlusse seiner Arbeit giebt er folgendes Resumé:

„Die Tuberculose der Schilddrüse ist ein regelmässiger Begleiter der allgemeinen Miliartuberculose, kommt indess, wenngleich viel seltener, auch bei den chronischen Formen der Lungenschwindsucht vor. Die Schilddrüsentuberculose präsentirt sich entweder in der Form der miliaren Knötchen oder grösserer, bald solitärer, bald multipler käsiger Knoten; ausnahmsweise kommt es zur Bildung einer Struma tuberculosa. Die Genese der Miliartuberkel der Schilddrüse ist im interfolliculären Gewebe zu suchen, die grösseren käsigen Knoten sind als durch Confluenz von Miliartuberkeln hervorgegangen zu betrachten. Die Schilddrüsentuberkel zeichnen sich gewöhnlich durch Reichthum an Riesenzellen und Armuth an Tuberkelbacillen aus, die Gegenwart grosser Massen von Tuberkelbacillen in Schilddrüsentuberkeln wird nur ausnahmsweise beobachtet. Das Verhalten der Tuberkelbacillen in den Schilddrüsentuberkeln bestätigt die Weigert'schen zur Theorie der tuberculösen Riesenzellen gemachten Angaben." B. FRAENKEL.

164) **Thomas Dwight. Das Verhältniss der Arter. thyreoid. inferior zum Nervus recurrens. (The relative position of the inferior thyroid artery and the recurrent laryngeal nerve.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 26. Aug. 1886.*

Die Lage dieses Nerven und der Arterie zu einander kann bei der Oesophagotomie von Bedeutung sein; sie ist aber von besonderer Wichtigkeit bei Operationen von totaler oder partieller Exstirpation der Schilddrüse. Die meisten Autoren lehren, dass der Nerv hinter der Arterie liegt. Dwight untersuchte 79 Leichen (52 auf beiden, 27 auf einer Seite) und kommt zu folgenden Schlüssen:

Es ist ein reiner Zufall auf der rechten Seite, ob die Arterie oder der Nerv vorn liegt, während links im Verhältniss von 3 : 1 der Nerv nach hinten gelegen ist.

Die praktische Folge davon ist, dass. wenn man die Arterie in der Nähe der Schilddrüse unterbinden will, man sie, wenn irgend möglich, sorgfältig isoliren soll. Wenn man die Basis der hypertrophischen Schilddrüse durchsticht und die Ligatur en masse macht, so ist es klar, dass man Gefahr läuft, den Nerven einzuschliessen, wenn er zufällig vor der Arterie gelegen ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

165) **Weinlechner (Wien). Unterbindung beider Art. thyreoideae superior wegen Struma.** Demonstration der gebesserten Kranken in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 5. November 1886. *Anz. d. Gesellschaft d. Aerzte in Wien. No. 28. 1886.*

Bei der 38jährigen Kranken bestand rechts eine faustgrosse, links eine etwas kleinere Kropfgeschwulst. 27 Tage nach der Ligatur hatte der Halsumfang um 7 Ctm. abgenommen und waren die Athembeschwerden geschwunden. Am Operationstage hatte die Kranke 7 Anfälle von clonischen Krämpfen aller Extremitäten, die W. von Gehirnhyperämie ableitete. Sonst erfolgte keine Störung des Heilungsverlaufes.

CHIARI.

166) **Wölfler (Wien). Die operative Behandlung des Kropfes durch Unterbindung der zuführenden Arterien.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 29 u. 30. 1886.*

Die Gefahr des Entstehens von Tetanie oder Cachexia strumipriva nach totaler Exstirpation des Kropfes veranlassten W., die Unterbindung der zuführenden Arterien zu versuchen.

Schon früher (v. Walther u. Andere) wurde die eine oder beide Arteriae thyreoideae superiores unterbunden, und Porta führte die Ligatur bei der Art. thyr. der einen Seite aus, worauf die orangengrosse Geschwulst völlig schwand. W. wiederholte diese Operation, und 7 Monate nachher war bei dem Kranken die gleichseitige Kropfhälfte unter die Hälfte ihrer früheren Grösse heruntergegangen, während die andere Hälfte auch etwas kleiner geworden war. W. zieht die Unterbindung der Arterien der der Venen vor und glaubt auch, dass alle 4 Arterien ohne Gefahr der Gangrän für die Struma unterbunden werden könnten.

Besondere Aufmerksamkeit schenkt W. auch der technischen Ausführung der Unterbindung, besonders der Art. thyr. inferior, welche ziemlich schwierig ist, hauptsächlich bei vergrösserter Struma.

W. räth schliesslich, die Arterienligatur öfters statt der Totalexstirpation zu versuchen.

CHIARI.

167) **Discussion über Basedow'sche Krankheit. (Discussion on exophthalmic goitre.)** *British Med. Journal. 15. May 1886.*

In der Ophthalmologischen Gesellschaft zu London fand am 6. Mai 1886 eine interessante Discussion über die Basedow'sche Krankheit statt, welche sich indessen absolut nicht zur Berichterstattung eignet, da nach den einleitenden Worten des Präsidenten (Jonathan Hutchinson) nicht die Absicht vorlag, das Leiden vom theoretischen Standpunkte aus zu discutiren, sondern nur „eine Menge von Thatsachen, behufs späterer Analyse zu sammeln". Diese Absicht wurde auch vollkommen erreicht, und muss hinsichtlich der enormen Quantität werthvollen casuistischen Materials, welche zusammengebracht wurde, auf das Original verwiesen werden. SEMON.

168) **Henouet. Ein Fall von Morbus Basedowii mit Autopsie. (Un cas de goitre exophthalmique avec autopsie.)** *Gaz. méd. de Nantes. 9. Oct. 1886.*

Es handelt sich um eine 48jährige Frau, welche einem Erstickungsanfall unterlag.

Bei der Autopsie fand man im Larynx einen submucösen Abscess, erfüllt mit Knorpeltrümmern der Platte des Ringknorpels.

Henouet glaubt, dass die beobachteten trophischen Störungen von einer Degeneration der Recurrentes abhängig seien; die Bulbärverletzungen erschienen ihm nicht genügend, um die Störungen Seitens des Respirationsapparates und des Herzens zu erklären.

Man muss auch die Frage aufwerfen, ob nicht eine laryngoscopische Untersuchung die Kranke gerettet hätte! E. J. MOURE.

169) **Edward Squire** (London). **Morbus Basedowii nebst anderen Fällen von Vergrösserung der Schilddrüse. (Exophthalmic goitre and other cases with enlargement of the thyroid.)** *Lancet. 8. Mai 1886.*

S. vergleicht zwei Fälle von Struma exophthalmica mit solchen Fällen, wo eine Schwellung der Schilddrüse besteht, aber die anderen Hauptsymptome fehlen. Bei einem derselben war kein Exophthalmos, dagegen Schwäche der Herzaction vorhanden; die Schilddrüse schwoll während der Menstruation an. Patientin war anämisch und hysterisch. Bei einem anderen Fall bestand Herzpalpitation, aber kein Exophthalmos.

S. wirft die Frage auf, ob nicht die Schilddrüsenschwellung in diesen Fällen durch den mangelnden Tonus bei anämischen Patienten bedingt, und ob der als Struma exophthalmica bekannte Zustand nicht thatsächlich eine Folge der Anämie sei. Der mangelnde Gefässtonus käme daher, weil nicht genügend gesundes Blut die regulirenden Centren versorge. A. E. GARROD.

170) **De Ranse. Behandlung des Morbus Basedowii, besonders der leichten Formen durch indifferente Mineralwasser. (Du traitement de la maladie de Basedow en particulier des formes frustes par l'eaux minerales indéterminées.)** *Gazette méd. de Paris. No. 41. 9. Juli 1886.*

R. berichtet 4 Beobachtungen dieser Affection, indem er an die These von Marie über diesen Gegenstand (1883) erinnert. Er glaubt, dass die Base-

dow'sche Krankheit eine allgemeine Neurose sei, die sich bisweilen unter undeutlichen Formen zeigt, welche aber zwei constante Symptome darbietet: Zittern und gesteigerte Herzaction, ohne Temperaturerhöhung. Die Wirkung der Wasser, welche das Nervensystem beeinflussen (in sedativer Weise) scheint ihm sicher und heilsam zu sein. E. J. MOURE.

171) **X. Die Kaltwasserbehandlung des Morbus Basedowii. (De l'hydrothérapie dans le goître exophthalmique.)** *La méd. contemp. No 24. 15. Oct 1886.*

Ein balneotherapeutischer Artikel ohne Bedeutung. E. J. MOURE.

## g. Oesophagus.

172) **L. Vanni** (Florenz). **Klinische und diagnostische Betrachtungen über Percussion und Auscultation des Oesophagus. (Considerazioni cliniche e semiologiche sulla percussione e ascoltazione dell' esofago.)** *Riforma medica. pp. 822, 828, 834, 840, 846. 1886.*

V. wendet sich gegen die in diesem Centralblatt referirte Publication Feletti's, der bei Oesophagusstenosen tympanitischen Schall an der Vorderfläche des Thorax gefunden hatte, und speciell gegen die physikalische Erklärung Feletti's. V. hat in 4 Fällen von Oesophagusstenose das Symptom nicht beobachten können. In einem Fall von Pyloruscarcinom, wo es vorhanden war (in der unteren Sternalregion), fand sich bei der Autopsie als Erklärung eine Verlagerung des Colon nach oben. Die Ursache des tympanitischen Schalls in den Fällen Feletti's glaubt V. auf verminderte Elasticität und Compression der Lunge durch die Ectasie des Oesophagus zurückführen zu müssen. Die physikalisch-diagnostischen Auseinandersetzungen würden hier zu weit führen und sind im Original nachzulesen. KURZ.

173) **Chassagny. Catheterismus der Speiseröhre, Modification der Catheter. (Du cathéterisme de l'oesophage, modifications des cathèters.)** *Union méd. 14. Juli 1886.*

Ch. bedient sich, statt der abgerundeten vielmehr abgeflachter Oliven. Er versichert, damit viel leichter in den Oesophaguscanal gelangen zu können, da seine Dilatatoren einen viel grösseren Umfang haben, als diejenigen, welche gewöhnlich zur Dilatirung dieses Canals angewandt werden. E. J. MOURE.

174) **Pflimlin. Beitrag zum Studium der krampfhaften Verengerung des Oesophagus. (Contribution à l'étude du rétrecissement spasmodique de l'oesophage.)** *Thèse. No. 236. Paris, 1886.*

Die Arbeit zerfällt in drei Theile. Der erste ist den Theorieen zur Erklärung des Oesophaguskrampfes gewidmet und bespricht die Ansichten von Hoffmann u. Willis, welche er verwirft, von Prus, Meissner und Auerbach und Goltz.

In dem zweiten studirt er die prädisponirenden und veranlassenden Ursachen der Affection, und in dem dritten studirt er die Behandlung des Krampfes durch die Bougirung etc. Zehn Beobachtungen, in welchen er sich bemüht, die Wirksamkeit dieser Behandlung zu erweisen, bilden den Schluss der Arbeit.

E. J. MOURE.

175) **R. W. Richardson** (London). **Ueber kalte Nahrung und Anwendung der Kälte bei Oesophagusstricturen. (On cold foods and cold in stricture of the oesophagus.)** *The Asclepiad. p. 65. 1. Quartal 1886.*

R. empfiehlt die Verabreichung kalter Nahrung in Fällen von Oesophagusstrictur, da sie viel leichter geschluckt wird, als heisse. Er empfiehlt auch den Gebrauch einer Sonde, abgekühlt durch Eintauchen in kalte Butter, bei Dilatationsversuchen der Strictur. A. E. GARROD.

176) **Hadra** (Berlin). **Ueber Oesophagus-Compressionsstenose durch Mediastinaltumor, zwei Gastrotomieen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 31. S. 537. 1886.*

Die Operationen — in zwei Zeiten — erfolgten bei drohendem Hungertode. Der erste Fall starb 24 Stunden nach der Operation an Erschöpfung, der zweite am 18. Tage an Blutung, vielleicht aus der arrodirten Aorta. Im ersten Fall lag ein Rundzellensarcom des Mediastinum vor; im zweiten handelt es sich um ein Carcinom der Cardia. B. FRAENKEL.

177) **H. Ruppert** (Warschau). **Strictura oesophagi in Folge von Muskelhypertrophie. (Strictura oesophagi wsledstwie gipertrofii mitschetschnich gewe slo w.)** *Klin. Warsch. sborn. p. 52. 1885.*

Bei einem 38 Jahr alten Manne, der Potator gewesen und an Ulc. rotund. ventr. gelitten hatte, traten Erscheinungen von Stenose des Oesophagus auf, die sich so steigerten, dass Pat. nach Verlauf von 7 Monaten, trotz aller Therapie, an Inanition zu Grunde ging. Auf eine Operation wollte Pat. nicht eingehen. Die Section ergab eine starke Erweiterung des Oesophagus von der Bifurcation der Trachea abwärts und eine 2 Ctm. lange stark verengte Stelle hart über der Cardia. Das Lumen der verengten Stelle betrug etwa 2—3 Mm. Die Dicke der Oesophaguswand an der erweiterten Stelle 2 Mm. und an der verengten 7 Mm. Die Schleimhaut des Oesophagus war an den erkrankten Partien ganz vom Epithel entblösst und an der verengten Stelle war die ganze Wand des Oesophagus in starres unnachgiebiges Gewebe verwandelt. Schon mit dem blossen Auge sah man, dass die Dickenzunahme der Speiseröhrenwand von einer Hypertrophie der Muscularis abhing. Die mikroscopische Untersuchung ergab eine Hypertrophie des mucösen und submucösen Gewebes, besonders aber der Muscularis. Alle 3 Schichten waren ausserdem von kleinzelligen Elementen durchsetzt. LUNIN.

178) **L. Popow** (Warschau). **Bemerkungen zum Falle Ruppert's: Strictura oesophagi etc. (Doba wlenie k statie Rupperta etc.)** *Klin. Warsch. sborn. p. 65. 1885.*

Diesen in vieler anderer Beziehung interessanten Fall besprechend, glaubt P. als Ursache der Muskelhypertrophie des Oesophagus einen Spasmus der betreffenden Muskulatur annehmen zu müssen. Diese Spasmen wurden ausgelöst vom Ulc. rotund., resp. der Narbe desselben. das an der Cardia sass. Verf. giebt aber auch zu, dass der Catarrh des Oesophagus in Folge des reichlichen und langjährigen Alcoholmissbrauchs das seinige zur Bildung dieser Hypertrophie beigetragen haben könnte. LUNIN.

179) X. **Narbenstrictur des Oesophagus. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage, gastrotomie.)** *Paris méd. 19. Juni 1886.*

Verf. bespricht die These von Cohen über die Gastrotomie und berichtet eine Beobachtung von entzündlicher Verengerung des Oesophagus, die er Pengrueber verdankt. Die Kranke, 23 Jahre alt, bei der die Gastrotomie gemacht worden war, erlag 24 Stunden nach der Operation. E. J. MOURE.

180) **Bovet. Ein Fall von Strictur des Oesophagus. (D'un cas de rétrécissement de l'oesophage.)** *Union méd. 27. Mai 1886.*

Es handelt sich um einen 56jährigen Kranken, der an einem malignen Tumor wahrscheinlich des Oesophagus litt. Obwohl er vorher spontane Blutungen hatte, hat der Catherismus dennoch keinen Blutverlust hervorgerufen, sondern er gestattete, den Kranken leichter zu ernähren. Cocaïn erwies sich in diesem Fall sehr nützlich. E. J. MOURE.

181) **Richard Barwell** (London). **Strictur des Oesophagus, Gastrotomie. Heilung. (Stricture of the oesophagus, gastrotomy. Recovery.)** *Lancet. 14. August 1886.*

Ein günstig verlaufener Fall, in dem B. die zweizeitige Gastrostomie bei einer 46jährigen Frau machte, welche eine maligne Oesophagusstrictur hatte.

Sie war nur noch im Stande, Flüssigkeiten unter grossen Schmerzen und Beschwerden zu schlucken und verfiel rapide. Zwischen der Befestigung des Magens an der Bauchwand und der Eröffnung desselben vergingen fünf Tage; während dieser Zeit wurde die Patientin per rectum ernährt. Die Magenwand wurde mit einem Tenotom eröffnet, es wurde dann langsam eine Glasröhre eingelegt. um die Oeffnung gespannt zu erhalten. Die Patientin machte eine vorzügliche Genesung durch; drei Monate nach der Operation fühlte sie sich vollkommen wohl und hatte an Gewicht zugenommen. A. E. GARROD.

182) **Alexander Ogston** (Aberdeen). **Ueber die Diagnose der Oesophagusstrictur. (On the diagnosis of stricture of the oesophagus.)** *Manchester Medical Chronicle. Januar 1887.*

O. lenkt in dieser Arbeit die Aufmerksamkeit auf einige der Schwierigkeiten, welchen man bei der Diagnose der Oesophagusstrictur begegnet.

Eine Strictur am unteren Ende ist gewöhnlich krebsiger Natur und tritt nach den mittleren Jahren auf. Es besteht ein Gefühl von schmerzhafter Spannung nach der Nahrungsaufnahme, welches Dyspnoë hervorruft und oberhalb oder auf dem Epigastrium, oder in der Mitte des Thorax wahrgenommen wird. Wird es gut beschrieben, dann ist die Diagnose leicht.

Die Sonde oder die Oesophagusbougie sind zweckmässig. wenn die Symptome zweifelhaft sind. Aber man muss aufmerksam sein, da eine kleine Sonde die Wand der Speiseröhre durchbohren oder zur Abscessbildung führen kann, wenn eine perioesophageale Entzündung verhanden ist.

Liegt die Strictur hoch, so ist sie gewöhnlich durch eine Narbe bedingt, ventil- oder ringförmig und zwar durch Verbrühung, Verschlucken von ätzenden Flüssigkeiten, diphtheritische oder syphilitische Ulceration oder dergl. entstanden. Sie tritt häufiger in jüngeren Jahren auf. Die Diagnose ist oft schwierig. Die

Dysphagie ist ähnlich der bei diphtherischer Paralyse und beim Einführen der Sonde kann man die Strictur für die natürliche Resistenz gegenüber den Aditus ad laryngem halten. O. hält das Endoscop bei den Oesophagusstricturen für zwecklos, da die Contractionen des Oesophagus die Röhre mit Schaum erfüllen.

Hamburger empfiehlt die Auscultation vorn am Halse, links von der Trachea, indem das Schlucken der Substanz von einem Ton gefolgt wird. Aber diese Methode hält O. für unsicher, wenn sie auch bisweilen von Nutzen ist. Bei einem Gesunden braucht die Nahrung ca. 4 Secunden, um vom Mund zum Magen zu gelangen. Den Moment, wo die Nahrung den Mund verlässt, kann man feststellen, indem man einen Finger an den Pomum Adami legt. Hält man das Ohr 9 Ctm. unterhalb des Angulus scapulae sinistrae, so kann man fast stets ein deutliches amphorisches Gurgeln hören, sobald die Substanz in den Magen eintritt. Auf diese Weise kann man den Durchgang zeitlich bestimmen. Eine Strictur hindert den Durchtritt der Nahrung, selbst wenn die Strictur nicht eng und die Nahrung flüssig ist. Bei Stricturen dauert der Durchgang der Nahrung gewöhnlich 15—16 Secunden. A. E. GARROD.

183) **Sir William Mac Cormac** (London). **Narbenstrictur des Oesophagus. (Cicatricial stricture of the oesophagus.)** *Lancet. 30. Januar 1886.*

Mac C. berichtet einen Fall von einem 12jähr. Knaben, welcher $^3/_4$ Stunden vor seiner ersten Aufnahme in das St. Thomas-Hospital Kalilauge irrthümlich statt Weinessig verschluckt hatte. $1^1/_2$ Monate später kam er mit allmälig zunehmenden Schlingbeschwerden wieder. Er hatte rapide an Gewicht abgenommen.

Der Oesophagus war nur für No. 4 Urethralbougie durchgängig, und die Strictur sass 18 cm hinter dem Rand der Oberzähne; eine zweite kleinere war etwas tiefer gelegen.

Es wurden allmälig immer stärkere Bougies eingeführt, sodass 7 Tage nach dem ersten Versuch bereits No. 11 passiren konnte. Nunmehr wurde mittelst einer Olivenbougie eine dritte Strictur nahe der Cardia entdeckt.

Als man keine weitere Besserung erzielte, beschloss man, zur gewaltsamen Dilatation überzugehen. Es wurde diese bewirkt mittelst eines Instruments, welches aus einem dünnen biegsamen Fischbeinstab bestand, der zuerst in den Magen hinabgeführt wurde. Längs desselben wurde ein ziemlich biegsamer Metallstab bewegt, welcher an dem ersten in kurzen Abständen durch übergestreifte kurze Gummiröhren festgehalten wurde. Auf diesen Metallstab konnten olivenförmige Ansatzstücke verschiedener Grösse angeschraubt werden. Diese Oliven waren so durchbohrt, dass sie den Leitungsstab entlang laufen konnten. Die Olivenspitze wurde so abwärts in den Oesophagus geführt und so verschiedene Male nacheinander auf- und abwärts bewegt. Die Kraft war keine übermässige und jede Möglichkeit eines falschen Weges durch den vorhandenen Leitungsstab ausgeschlossen. Diese Operation wurde drei Mal in Intervallen während einer Periode von 10 Monaten wiederholt. Am Ende dieser Zeit war keine sichtbare Tendenz zur Narbenschrumpfung mehr vorhanden und es konnte eine Bougie von 9 Linien Durchmesser ohne Schwierigkeit eingeführt werden. Bougies wurden noch 6

weitere Monate in Intervallen eingebracht; ein solches Intervall betrug in einem Fall 9 Wochen, ohne dass sich Anzeichen von Contraction einstellten.

Der Knabe nahm schnell an Gewicht und Kräften zu, als die Nahrung durch die Bougies frei eingebracht werden konnte.

Der Autor fügt hinzu, dass er zur forcirten Dilatation nicht seine Zuflucht genommen hätte, wenn die Methode der allmäligen Erweiterung ihn weiter als Bougie No. 11 gebracht hätte. A. E. GARROD.

184) **Courtin** (Bordeaux). **Ueber die verschiedenen Behandlungsweisen von Oesophagusstenosen. (Les différents modes de traitement des rétrécissements de l'oesophage.)** *Journal de Médecine, de Chir. et de Pharmacol. Bruxelles, Avril, Mai, Juin 1886.*

Der Autor behandelt in seiner Preisschrift mit Ausschluss spasmodischer und syphilitischer Stenosen, welche nach ihm immer unter dem Einfluss einer geeigneten Behandlung genesen, der Reihe nach folgende Methoden:

1. Dilatation mit dem Katheter,
2. Cauterisation mit Dilatation,
3. Oesophagotomia externa,
4. Oesophagotomia interna,
5. Gastrostomie.

Er kommt zu folgenden Resultaten:

ad 1. Die forcirte Dilatation ist zu verwerfen. Als einzige Dilatationsmethode und zwar nur bei fibrösen Stricturen ist die temporäre und progressive nach Bouchard von Paris zu empfehlen. Diese ist zugleich curativ und palliativ.

ad 2 ist gänzlich zu streichen.

ad 3 bei fibrösen Stricturen des Halstheils des Oesophagus indicirt, sonst ist sie nur eine Palliativbehandlung.

ad 4 ist eine curative Methode für fibröse Stricturen, welche unterhalb des Halstheiles des Oesophagus sitzen.

ad 5 curative Methode für gewisse fibriöse Stenosen; bei krebsigen Stenosen nur sehr frühzeitig vorzunehmen, und in der cachectischen Periode durch die Enteroclysmen des Prof. Cantani aus Neapel zu ersetzen.

Die Oesophagoscopie wird dabei mit folgenden Worten abgethan: L'oesophagoscopie recemment découverte par Waldenburg en 1870 peut rendre des services à cet égard. BAYER.

185) **Schlegtendal. Gastrotomie bei doppelter Strictur des Oesophagus.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 33. Heft 3. 1886.*

Patientin soll nach einer sehr heftigen Diphtherie Schluckstörungen bekommen haben, welche sich allmälig zur völligen Unmöglichkeit etwas in den Magen zu befördern. steigerten. Wegen drohender Inanition wurde die Gastrotomie vorgenommen, P. erlag aber bald darauf. Die Section ergab eine doppelte Stenose des Oesophagus; die erste oben gelegene betraf die Fauces, welche hinter der Epiglottis zu einem narbigen Trichter verengert waren; darunter breite spindelförmige Erweiterung des Oesophagus; unterhalb dieser sass die zweite

Stenose in der Cardia; durch beide Stenosen liess sich zwar von unten herauf e dicke Sonde durchführen, aber nicht von oben. Aetiologie ganz unklar.

SCHEC

186) **A. Jacobi. Multiple Stricturen des Oesophagus. (Multiple stricture of oesophagus.)** *New-York Medical Journal. 17. Juli 1886.*

Patient hatte etwas Salmiakgeist getrunken; seitdem bestand zunei Dysphagie. Eine Anzahl dünner Bougies hatten einige der Stricturen pa gelangte jedoch keine in den Magen. Es wurde die Gastrostomie gemach Stunden darauf starb der Patient. Die Hauptstrictur befand sich in der Magens. Die Schleimhaut hatte, entsprechend der Lage der Stricturen, Wunden. Gerade oberhalb der unteren Strictur bestand eine Com zwischen Oesophagus und Magen durch einen künstlichen Gang, in sich ein Abscess befand, der Stücke von Eierschalen enthielt. Dieser die Gefährlichkeit der Oesophagusbougies, selbst wenn man sie wendet.

W. J. SWIFT

187) **Barral. Ueber die verschiedenen Arten der Oesophagusstrict variétés du rétrécissement de l'oesophage.)** *Thèse. No. 270.* I

Ausführliche Besprechung des Gegenstandes. Nach einer leitung werden im I. Capitel die organischen Oesophagusstric und hierbei 1) die krebsigen, 2) die tuberculösen, 3) die sy primitiven, 5) die seltenen organischen und 6) die narbigen V schieden. Unter den „primitiven“ Verengerungen versteht B im Gefolge von Ulcerationen bei Alkoholikern vorkommende „seltenen organischen“ zählt er die durch fibröse oder carti der Oesophagealwand oder nach Varicen und Abscessen d Verengerungen.

Im II. Capitel bespricht B. die spastischen Vereng und theilt diese ein 1)in idiopathische, häufig nur für gew 2) symptomatische, verursacht durch andere Affectionen (V mus, Hirnkrankheiten, Vergiftungen etc.), 3) sympathisc des Magens, der Därme, des Uterus, der Ovarien etc. be

In einem III. Capitel werden die angeborenen Stric

Das IV. Capitel handelt von der Therapie aller die

Ein ausführliches Literaturverzeichniss beschliesst d

# III. Kritiken und Besprechungen.

## Discussion über Asthma und Nasenkrankheiten im Verein für innere Medicin zu Berlin am 17. Mai, 31. Mai und 21. Juli 1886.

Die Discussion wurde durch Referate der Herren Lublinski und Heymann eingeleitet.

W. Lublinski (Deutsche med. Wochenschr. No. 23. p. 401, und No. 24, p. 418, 1886, auch erschienen als Sonder-Abdruck der Deutsch. Medicinal-Zeitung No. 41, 1886) beantwortet die Frage: Welche Erfolge hat die Behandlung des Asthma vermittelst Aetzung der Nase aufzuweisen? Nach einer historischen Einleitung erklärt er den innigen Zusammenhang zwischen Asthma und Nasenleiden so, dass es möglich sei, dass beide Affectionen coordinirt seien. In anderen Fällen aber könne es durch die Unterbrechung des Anfalls durch Cocaïnpinselung der Nase direct bewiesen werden, dass das Asthma von der Nasenerkrankung hervorgerufen werde. Zur Erklärung dieses Zusammenhanges erinnert er an die Experimente Kratschmer's, die Beobachtung Schneider's, der „Catarrhus suffocativus" in Folge von Rosenduft sah, an ähnliche Beobachtungen van Hellmont's, Callen's, Trousseau's und die Experimente von Gourewitsch und Luchsinger, die von den peripheren Endigungen des Olfactorius aus Reflexe auf die Athmung auslösen konnten: „Wir haben es aber in allen diesen Fällen mit einer Reizung der in der Nasenchleimhaut sich ausbreitenden Nerven und einer von dieser aus reflectorisch erfolgenden Auslösung der Anfälle zu thun, bei der die vermittelnde Rolle dem Vagus zufällt." In Bezug auf die Theorie Hack's giebt L. zu, dass von allen Stellen der Nase aus, die Schwellkörper enthalten, Asthmaanfälle ausgelöst werden können, constatirt dagegen aber, dass Polypen partielle und diffuse Hyperplasien der Schleimhaut und Knochen-Veränderungen im Nasenrachenraum und im Pharynx denselben Effect haben können. Diese Processe riefen dies ohne Vermittelung der Schwellkörper hervor, für welche keine Nervi erigentes nachgewiesen seien, wie dies ziemlich häufig die directe Beobachtung zeige. L. verwirft also die Hypothese Hack's unter Anführung noch weiterer Gründe und sucht den Grund der Reflexe „in einer erhöhten Reizbarkeit der Nasennerven". Er stellt sich also auf den Boden der Ansichten des Ref. Die erhöhte Reizbarkeit der Nerven werde durch mannigfache Krankheiten hervorgerufen, ohne dass die Besichtigung darüber Aufschluss gäbe, ob die vorhandene Veränderung einen Reflex hervorrufen wird oder nicht. Mit Rossbach beobachtete er häufig allgemeine Nervosität der Betr., also abnorme Beschaffenheit der Reflexbahnen. Dies erkläre, dass Nasenpolypen verhältnissmässig selten Reflexneurosen verursachen, unter 79 Fällen L.'s nur 7 Mal, bei 2 Männern und 5 Frauen. Zur Erregung des Asthmaanfalles bedürfe es dabei immer eines speciellen Anlasses, der Reibung eines gestielten Polypen, erbsengrosser Follikel der hinteren Rachenwand, Hypertrophie der Tonsillen, Pharyngitis, varicöser Verdickungen der Muscheln, wobei man wohl zu unterscheiden habe, ob es sich um wirkliches Asthma oder Erstickungsanfälle

handele, die in der Rückenlage bei Nasenstenose und nicht benutzter Mundathmung aufträten. Auch teigige Schwellung des Septum gebe eine solche Veranlassung, und ausser diesen mechanisch wirkenden Abnormitäten könnten psychische Momente, Menstruationsstörungen, Temperaturschwankungen etc. ebenso wirken. Die Nase sei in jedem Falle von Asthma, gleichgültig ob Symptome von Erkrankung derselben vorlägen oder nicht, betheiligt. Es empfehle sich, mit der Sonde nach dem „Reizpunkt“ zu suchen; wobei man einen Theil nach dem anderen durch Cocaïnisirung ausschliessen könne. Befestigt werde das Ergebniss der Sondenuntersuchung, wenn es gelinge, von der betr. Stelle aus den Anfall durch Cocaïnpinselung derselben zu coupiren. Für die Behandlung empfiehlt L. keine Schablone, sondern die überhaupt üblichen Mittel gegen die vorliegende Affection. Es sei aber mit der Behandlung der Nase nicht zu warten, „bis alles Andere erprobt sei“, sondern sofort rhinochirurgisch vorzugehen. S. sah in den letzten 9 Jahren in der hiesigen Universitätspoliklinik 500 Asthmakranke. Erst in den letzten $3^1/_2$ Jahren wurden die Nasen regelmässig untersucht und in 143 Fällen Erkrankungen derselben gefunden, und zwar Rhinitis hyperplastica 55 mal (8 geheilt, 3 gebessert), Hypertrophien und granulationsförmige Wucherungen der unteren Muschel 21 mal (6 geh., 4 geb.), der mittleren 11 mal (3 geh., 2 geb.), Rhinitis atrophicans 7 mal, Nasenpolypen 7 mal (5 geh., 2 geb.), Erkrankungen des Septum 9 mal, Hypertrophie der Tonsillen 5 mal (2 geh., 1 geb.), Pharyngitis 28 mal (3 geh., 1 geb.). L. hat in neuerer Zeit besseren Erfolg, seitdem er aufgehört hat, lediglich die Schwellkörper zu zerstören, und sich gegen die Reizpunkte wendet. Von den 143 Fällen wurden 27 geheilt, 13 gebessert. Dass der Erfolg ein so geringer gewesen ist, liegt theilweise an dem Krankenmaterial, unter welchem 53 Procent sehr veralteter Fälle waren. Trotzdem L. weder die Theorie Hack's annimmt, noch mit dessen Heilverfahren günstige Resultate erzielt hat, schliesst er sein Referat mit einem Dank gegen Hack, dem wir den Fortschritt in der Therapie des Asthma's in erster Reihe verdankten.

P. Heymann, der zweite Referent, erweitert das Thema und spricht: „Ueber Folgesymptome von Nasenkrankheiten“ (Dtsch. med. Wochschr. No. 28. S. 486, No. 29. S. 507 u. No. 30. S. 520. 1886. Auch erschienen als Sonderabdruck der Deutsch. med. Zeitg. Heft 66. 1886). H. beschäftigt sich nicht nur mit den Reflexen, sondern auch mit mechanisch-chemischen Veränderungen, die als Folge von Nasenkrankheiten anzusehen sind. In Bezug auf die Erweiterung der Nasengänge hält H. in Folge der Ausführungen Zuckerkandl's seine frühere Behauptung des Vorkommens von angeborener Atrophie nicht aufrecht, und erwähnt seine früheren Experimente, die durch Wägungen des ausgeathmeten Wassers darthun, dass die durch die Nase ausgeathmete Luft um $^1/_{20}$—$^1/_3$ wasserärmer ist, als die durch den Mund exspirirte. In Bezug auf die Austrocknung würden also die Folgen der Nasenerweiterung weniger für die tieferen Respirationsorgane, als für den Pharynx denjenigen angenähert, die bei Stenose der Nase bekannt seien. Was die Reflexe anlangt, so müsse zum Entstehen derselben eine nervöse Anlage vorhanden sein, da dieselben anatomischen Veränderungen bei dem einen Patienten Reflexkrankheiten veranlassten, bei dem anderen nicht. H. nimmt an, dass fast in allen Fällen zum Hervorrufen des

krankhaften Reflexes es nothwendig sei, dass Partien der Schleimhaut mit einander in Berührung gebracht würden und so eine Art Reibung entstände, und zwar sowohl in der Nase, z. B. bei Polypen und Schwellungen, wie im Nasenrachenraum. So erkläre sich, dass Polypen namentlich im Beginn Reflexe erzeugten, und dass solche nach Abtragung von Leisten des Septum heilten. Nur in zwei Fällen habe er eine Ausnahme von dieser Regel gesehen. Hier seien jedoch Synechien zwischen Septum und Muschel vorhanden gewesen, die eine Zerrung bedingt hätten. Der Erfolg der Sondenreizung sei ein ungewisser und der negative Ausfall des Versuchs noch kein schlechtes Zeichen für den Erfolg der Therapie. Nicht in jedem Falle von Reflexneurosen sei Nasenhusten vorhanden. Ebenso gäbe es keine bestimmten reflexerregenden Zonen. Doch dürften wir nur dann mit einiger Zuversicht Heilung oder Besserung vorhersagen, wenn es gelänge, von einer bestimmten und augenscheinlich erkrankten Stelle der Nasenschleimhaut experimentell den Reflex zu erzeugen. In Bezug auf die Bezeichnung Heilung und Besserung müssten Fälle unterschieden werden, in denen zunächst ein Erfolg und später ein anscheinendes Recidiv vorkäme, welches jedoch eigentlich eine neuerliche Erkrankung bei einem dazu disponirten Individuum darstelle. In dieser Beziehung führt H. als Beispiel einen Fall von Migräne an, die nach einer Aetzung der mittleren Muschel ein Jahr lang geheilt wurde, dann recidivirte und durch Galvanocauterisation einer anderen, nunmehr geschwollenen Stelle derselben Muschel dauernd geheilt wurde. Es sei zweckmässig, die Patienten auf die Möglichkeit derartiger Recidive von vornherein aufmerksam zu machen. In manchen Fällen, z. B. bei Stimmbandlähmungen (Gerhardt) ermöglichte erst die Beseitigung der Nasen- oder Rachenkrankheit, die Heilung durch anderweitige Behandlung. Immer aber müsse man dessen eingedenk bleiben, dass alle derartige Reflexleiden auch noch eine ganze Reihe anderer Ursachen haben könnten. Was die Behandlung anlangt, so müssten die abnormen Zustände in der Nase beseitigt werden. Unter den versuchten Mitteln (Chromsäure, Chlorzink, Acid. nitr. fumans etc.) hat sich H. für die hartnäckigsten Fälle der Galvanokauter als das zuverlässigste Mittel bewährt. Ueble Zufälle sah er danach nur in 3 Fällen, und zwar 1) Supraorbitalneuralgie mehrere Stunden lang, 2) wenige Stunden lang Fieber mit Unbesinnlichkeit und Benommenheit, 3) 5—6 Tage lang Schwindel mit Unbesinnlichkeit. Was die Erscheinungsformen anlangt, so sah H. 92mal sensitive Reflexneurosen und hatte dabei den günstigen Erfolg von 62 Heilungen und 21 Besserungen. H. hebt in dieser Beziehung zwei Fälle besonders hervor, nämlich Zahnschmerzen am Unterkiefer, die nach Entfernung von beweglichen Polypen der unteren Muschel verschwanden und heftiges, nach den Ohren ausstrahlendes Schluckweh, das durch Galvanocauterisation der unteren Muschel geheilt wurde. Schwindelartige Zufälle heilte H. 28mal, besserte sie 11mal und hatte keinen Erfolg in 6 bis 7 Fällen. Drei Fälle von Flimmerscotom wurden geheilt; dagegen nur einmal epileptiforme Anfälle. Nasenhusten, den Wintrich (Krankh. d. Respirat.-Org. Erlangen 1854, p. 184) zuerst beschrieben habe, sei ausserordentlich häufig und werde zu wenig beachtet, zuweilen — H. führt dafür Beispiele an — für beginnende Phthisis gehalten. Für die vasomotorischen Neurosen und diejenigen

des Kehlkopfes giebt H. keine Zahlen für seine Beobachtungen an. In Bezug auf das Asthma müsse er hervorheben, dass seine Fälle nicht einer allgemeinen Poliklinik entstammten, sondern wegen gleichzeitig vorhandenen Nasenkrankheiten zu ihm gesandt wurden. H. sah 53 Fälle, heilte davon 29, besserte 14 und erzielte nur in 10 Fällen keinen nennenswerthen Erfolg. Auch H. schliesst sein Referat mit Worten der Anerkennung für Hack, aus dessen zielbewusst gegebener Anregung namentlich unser therapeutisches Können Gewinn gezogen habe.

Der erste Redner in der Discussion ist Böcker. Sein Vortrag ist unter dem Titel: Die Beziehungen der erkrankten Schleimhaut der Nase zum Asthma und deren Behandlung in der Dtsch. medic. Wochenschr., No. 26, p. 441 und No. 27, p. 469 erschienen. Böcker geht im Gegensatz zu den Referenten mit Hack scharf ins Gericht. Er wendet sich gegen den „Unfug", der augenblicklich mit den Reflexneurosen der Nase getrieben werde. „Was man nicht definiren kann, sieh als Reflex der Nase an." [Wie wahr! Red.] Es sei dies bequem, häufig aber nicht recht richtig. B. versucht nun das übermässig hoch gewucherte Gras zu mähen, und thut dies mit genügend scharfer Sichel, aber auch derjenige, der nicht mit ihm übereinstimmt, gewinnt den Eindruck, dass seine stellenweise in besonderem Grade originellen Ausführungen auf der breiten Basis einer grossen eigenen Erfahrung beruhen. Am Schlusse seines Vortrags fasst er seine Ausführungen in folgendes Resumé zusammen. 1) Reflexe können von jedem Theile der Nasenschleimhaut ausgelöst werden. 2) Die Reflexerregbarkeit der Schleimhaut ist unabhängig von den Schwellorganen Hack's; solche existiren nicht, vielmehr sind die Muscheln überzogen von einer cavernösen Schleimhaut; die Nervi erigentes sind hypothetisch. 3) Die Zerstörung der sog. Schwellorgane hebt die Reflexe nicht auf. 4) Das Anschwellen der unteren Muschel auf Reize, welche die Nase treffen, stellt einen physiologischen Vorgang dar. 5) Weder chronisch hyperplastische noch atrophische Nasenkatarrhe hindern das Auftreten des Asthma; die reflexhemmende Wirkung grosser Nasenpolypen existirt nicht. 6) Asthma kommt nicht häufig mit Nasenpolypen combinirt vor. (Unter 310 Fällen von Polypen sah B. 9 Mal Asthma. Von sämmtlichen 9 Fällen verzeichnete er eine relative Heilung, d. h. sie blieben so lange frei, bis recidivirende Polypen wieder asthmatische Anfälle mit sich brachten). 7) Asthma kann von den verschiedensten Schleimhäuten unter gewissen Bedingungen ausgelöst werden. (B. berichtet über mehrere Fälle von Heilung des A. nach Exstirpation der Rachentonsille und von einer Besserung des A. nach Exstirpation von Kehlkopfspapillomen). 8) Asthma wird meist von der Bronchialschleimhaut erregt. 9) Wohlgerüche und psychische Eindrücke können Asthma hervorrufen. 10) Von der Nase kann normaliter Asthma nicht ausgelöst werden. 11) Zur Erklärung der reflectorischen Erregung des Asthma vom Trigeminus her muss eine krankhafte Veränderung des Nervensystems vorausgesetzt werden. 12) Die Abhängkeit des Asthma von Nasenpolypen wird in den meisten Fällen durch das (mechanische) Hinderniss in der Athmung erklärt; ebenso können andere Nasenleiden wirken. (B. führt die coupirende Wirkung der Cocainpinselung im Anfalle, welche auch er gesehen hat, auf die Erweiterung der Nase und den Wegfall der Stenose zu-

rück). 13) Asthma nach Erkältung entsteht in Folge von Schwellung der Bronchialschleimhaut. 14) Bei Heuasthma, Staub etc. wird das A. durch directe Reizung der Luftröhrenschleimhaut und Bronchialschleimhaut erzeugt. 15) Bei cavernösen Tumoren, papillären Geschwülsten und adenoiden Vegetationen wird häufiger Alpdruck beobachtet. 16) Asthma ist häufig ohne Abhängigkeit von der Nase. 17) Durch Behandlung der Nasenaffection kann A. unter gewissen Bedingungen beseitigt werden. 14) Vor ausgedehnten galvanocaustischen Aetzungen der Nase ist zu warnen. 19) Eine radicale Beseitigung des A. wird durch die Operation der Nasenpolypen (wegen Recidivirung) selten herbeigeführt. 20) Bei Behandlung des A. ist die Behandlung der Gesammtconstitution von der grössten Wichtigkeit.

An den Vortrag Böcker's knüpft sich eine kurze Discussion über die Frage, ob derselbe seine Opposition gegen die früheren oder die letzten Publicationen Hack's richte. Böcker bemerkt, er habe sich hauptsächlich gegen die ersten Arbeiten gewandt, worauf Lublinski bemerkt, dass Hack in seiner letzten Publication Vieles von dem zurückgenommen habe, was er zuerst gesagt habe.

Darauf nimmt Krause das Wort und behandelt „die nasalen Reflexneurosen, insbesondere das nasale Asthma und die experimentelle Trigeminusforschung. (Deutsche medic. Wochenschr. No. 32, pag. 549) Kr. will den Glauben an das nasale Asthma, welcher durch Böcker's Kritik in etwas erschüttert sein könne, wiederherstellen, wenn er auch eine gewisse Ueberschätzung der Reflexneurosen und eine Berechtigung zum Misstrauen anerkennt, welches besonders durch die etwas übereilten ersten Mittheilungen Hack's hervorgerufen sei. Auch Böcker gebe die Thatsache zu, dass von der Nase aus Asthma und andere Reflexneurosen ausgelöst und geheilt werden könnten. Dieselben existirten in der That und seien relativ häufig. Kr. schildert nach dem Handbuche von Erb die sensiblen und motorischen Erscheinungen, welche die Trigeminusneurosen begleiten und referirt über die Experimente Holmgren's, Wegele's, Kratschmer's und Knoll's über den Einfluss der Trigeminusreizung in der Nase auf den Kehlkopf, die Athmung und das Herz. Nach den Forschungsergebnissen derselben hätten wir in dem nasalen Asthma vorzugsweise eine krankhaft gesteigerte Erregbarkeit der sensiblen Trigeminusbahnen der Nasenschleimhaut zu denken, welche bei hinreichender Stärke des Reizes Anfälle von exspiratorischer Athmungshemmung reflectorisch zu vermitteln im Stande seien. Wirkliche Asthmaanfälle seien relativ selten, vielmehr entsprächen die Attaquen mehr den Erscheinungen, die von genannten Forschern vom Trigeminus aus und von Riegel durch Vagusreizung erzielt seien. Kr. konnte bei Tabeskranken mit laryngospastischen Anfällen solche durch Reizung der intacten Nasenschleimhaut willkürlich hervorrufen. Zur Erzeugung der Reflex-Neurosen gehöre ein gewisser neurasthenischer Zustand in dem betreffenden Nervengebiet. Hack's Verdienst, eine Reihe von Einzelbeobachtungen über ätiologisch bisher unklare, von der Nase ausgehende Krankheitsprocesse, durch den Nachweis ihres gesetzmässigen Vorkommens unserem Verständniss näher gebracht zu haben, könne nicht geschmälert werden, wenn auch seine Schwellkörpertheorie aufgegeben werden müsste. Dies müsse aber geschehen, denn erstens könne das Schwellgewebe nicht zerstört werden,

ohne ausgedehnte Partien der Schleimhaut zu zerstören, und zweitens sei durch Jolyet und Laffont, Dastre und Morat, sowie Vulpian experimentell bewiesen, dass der Trigeminus vasodilatatorische Fasern auch für die Nase enthalte. Es sei also die Nasenmuschelschwellung ein directer Reizeffect und kein Reflexvorgang. Es sei aber durch dieselben Experimente gleichzeitig Röthung der Lippen, der Wangen, des Zahnfleisches durch Trigeminusreizung erzielt worden, diese Erscheinungen seien also auch keine Reflexe. Kr. wandte in Folge dieser Auffassung mit Erfolg bei einem Tabiker den constanten Strom local gegen geschwollene untere Muscheln an. In jedem Falle der betr. Neurosen sei die Nase genau zu untersuchen und zu heilen, doch dürfte der Nachweis von der überschätzten Bedeutung der sog. Schwellorgane nicht ohne Consequenzen für unsere chirurgischen Eingriffe bleiben.

Krakauer (Deutsche med. Wochenschr. No. 32, S. 554) erwähnt u. A., dass er in 16 Fällen nach Herausnahme von Polypen die vorher von denselben berührten Schleimhautstellen mit einer Federfahne gereizt und hierdurch asthmatische Anfälle ausgelöst habe. Cocaïnpinselung der betreffenden Stelle lasse diesen Reflex verschwinden.

Böcker vindicirt speciell in Bezug auf das Asthma Hack weniger Verdienste als dem Ref.

Lublinski fasst die Discussion in einem Schlusswort zusammen. Er erwähnt dabei, dass er Einblasungen von Chinin. hydr. 1 zu Sacch. lact. 2, einmal täglich, als wirksam gegen Tussis convulsiva befunden habe. B. FRAENKEL.

---

# IV. Briefkasten.

### Demonstration der phonatorischen Rindencentren.

Am 26. März demonstrirten Prof. Horsley und der Herausgeber die Phonationscentren des Affen (vgl. Referat 65 der Februarnummer) vor der Neurologischen Gesellschaft zu London.

---

### Zur Myxoedemfrage.

In Anbetracht des erhöhten Interesses, welches sich jetzt allerorten für das Myxoedem kundgiebt, erlaubt sich der Herausgeber die Specialcollegen darauf aufmerksam zu machen, dass einschlägige Fälle auch unter die Beobachtung des Laryngologen resp. Rhinologen kommen können. Im Laufe der beiden letzten Jahre haben ihn drei Damen wegen Verstopfung der Nase, Ansammlung von Schleim im Nasenrachenraum und Halse, eines Gefühls „als wenn die Zunge zu gross für den Mund sei“, ferner wegen der charakteristischen verlangsamten Artikulation und des lederartigen dumpfen Klanges der Stimme consultirt, bei denen die Untersuchung allerdings mehr oder minder hochgradige allgemeine Verdickung der Schleimhäute der oberen Luftwege nachwies, gleichzeitig aber ergab, dass diese Verdickung nur als Theilerscheinung der allgemeinen, für das Myxoedem charakteristischen Schwellung aufzufassen war.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Prospect.

**Verlag von August Hirschwald in Berlin**
(durch alle Buchhandlungen zu beziehen).

Soeben ist erschienen:

# Handbuch
der
allgemeinen und speciellen
# Arzneiverordnungslehre.
Auf Grundlage
der
**neuesten Pharmacopoeen**
bearbeitet von
**Dr. C. A. Ewald,**
Professor an der Kgl. Univers. in Berlin.
Elfte neu umgearbeitete Auflage.
1887. gr. 8. 20 Mark.

---

„Das vorliegende **Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre**, welches jetzt in neu ausgearbeiteter und vermehrter elfter Auflage erscheint, ist von Phoebus im Jahre 1831 begründet und besonders von der zweiten Auflage an „dasjenige Quellwerk gewesen, welches jeder Arzt studiren und zu Fleisch und Blut verdauen musste, wenn er sich dem Tross der an angelernten alten Recepten haftenden Praktiker gegenüber als ein Mann der Neuheit und des Fortschritts zeigen wollte“.

Dieser alte Phöbus hat seitdem grosse Wandlungen durchgemacht. Die Herausgabe ging im Jahre 1855 an die Herren Posner und Simon über, welche das Buch nicht nur wesentlich umarbeiteten, sondern auch von Auflage zu Auflage unermüdlich verbesserten und vermehrten, bis in Folge von Posner's raschem Ableben Prof. Waldenburg, und nach dessen frühzeitigem Tode der Unterzeichnete an die Stelle trat. Herr Apotheker Dr. Simon starb im Jahre 1883. Indem jetzt der durch seine Leistungen auf dem Gebiete der antiseptischen Präparate wohlbekannte Herr Dr. Dronke den technischen Theil des Buches revidirt hat, ist die sehr wichtige un

für den Erfolg des Buches nicht zu unterschätzende Mitarbeit eines Apothekers auch diesmal gewahrt. Denn diese Arzneiverordnungslehre ist für den Praktiker geschrieben und soll in der Praxis wurzeln, wie sie ja auch nicht von einem Pharmakologen von Fach, sondern von einem praktischen Arzt und einem Pharmaceuten herausgegeben wird. Wir können, ohne anderen vortrefflichen Werken dieser Art im Mindesten zu nahe treten zu wollen, nicht umhin gerade in dieser Tendenz und diesem Zusammengehen einen wesentlichen Vorzug des vorliegenden Buches zu erkennen. Der Umstand, dass der eine von uns in der Lage ist die Strömungen und Fortschritte auf dem Gebiete der wissenschaftlichen und praktischen Medicin durch eigene Erfahrung und regen Wechselverkehr mit Fachgenossen fortdauernd zu verfolgen und selbständig zu prüfen, der andere ihren Einfluss auf pharmaceutischem Gebiet im täglichen Leben zu erproben Gelegenheit hat, dürfte der praktischen Brauchbarkeit der „Arzneiverordnungslehre" ganz wesentlich zu Gute kommen. Aus letzterem Grunde haben wir uns auch nach dem Vorgange früherer Auflagen einer zwar sparsamen und milden, aber wo sie gegeben ist gut begründeten Kritik nicht ganz enthalten und glauben damit dem Praktiker, dem unter der grossen Anzahl gleiche Zwecke anstrebender Präparate die Auswahl oft schwer fallen muss, einen erwünschten Anhalt zu gewähren, obwohl wir nicht verkennen, dass eine Arzneiverordnungslehre in erster Linie das vorhandene Material beizubringen hat und die Begutachtung desselben nur zwangslos und in zweiter Reihe geschehen kann und darf. Es wird aber dem Werthe eines solchen Buches stets zu Statten kommen, wenn es in andauerndem Gebrauch durchgesehen, ergänzt und kritisch überarbeitet wird.

Schon in der vorigen zehnten Auflage haben wir von dem überkommenen Ballast von Droguen, Präparaten und Recepten soviel wie möglich bei Seite gelassen. An ihrer Stelle ist eine wahre Sturmfluth neuer Präparate und Mittel von diesseits und jenseits des Oceans getreten. Wie lange sie sich halten, wann auch sie dem Schicksal der jetzt ausgemerzten Genossen verfallen werden, muss die Zukunft lehren. Schon jetzt ist nicht wenigen der neueren Mittel eine wesentlich andere und zumeist geringere Werthschätzung wie vor 3 Jahren, als wir die zehnte

Auflage edirten, eigen. Umgekehrt sind manche ältere Mittel, wir wollen nur an die Convallaria majalis, an den Fungus Laricis, Adonis vernalis u. a. erinnern, wieder hervorgesucht und zu einer gewissen Anerkennung gelangt. Dies lässt es nothwendig erscheinen, den Rothstift nicht zu freigebig zu gebrauchen. Immerhin müssen wir wegen mancher Namen, die der antiquarischen Interessen nachgehende Leser vergeblich suchen sollte, auf die früheren, besonders die neunte und zehnte Auflage verweisen.

Als eine wesentliche und brauchbare Neuerung dürfte sich die Berücksichtigung der ausländischen Pharmacopöen und zwar der Ph. Americana, Austriaca, Brittanica, Gallica, Helvetica, Italica, Neerlandica, Norwegica und die Angabe der in den genannten Ländern gebräuchlichen Namen erweisen, welche nur da fortgelassen sind, wo die betreffenden Bezeichnungen gleichlautend mit den unserigen sind.

Der immer mehr zunehmende literarische und persönliche Verkehr zwischen den einzelnen Culturstaaten auf der einen Seite, und die grosse Verschiedenheit der Zusammensetzung auch der hervorragendsten officinellen Präparate auf der anderen machen es durchaus nothwendig dem Arzt einen Wegweiser in diesem Wirrsal an die Hand zu geben, um ihm überhaupt das Verständniss fremdländischer Publicationen und Recepturen zu ermöglichen. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Jedenfalls darf die vorliegende Arzneiverordnungslehre für sich in Anspruch nehmen, die einzige zu sein, welche dem sicher vorhandenen Bedürfniss in umfassender Weise Rechnung trägt. Freilich ist es mit Rücksicht auf den Umfang des Buches unmöglich gewesen, absolute Vollständigkeit zu erzielen, so dass wir uns bei den Extracten, Tincturen und Salben auf den Vergleich mit den in der Ph. Germ. officinellen und sonst bei uns gebräuchlichen Präparaten beschränkt und eine ansehnliche Zahl galenischer Praeparate und Magistralformeln der fremden Pharmacopöen bei Seite gelassen haben.

Wie sehr übrigens die Zahl der neuen Mittel und Namen in dieser elften Auflage zugenommen hat, möge man daraus ersehen, dass das betreffende Register um 15 Druckseiten länger als in der vorigen Auflage ist.“

*(Auszug aus der Vorrede.)*

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang III. Berlin, Juni. 1887. No. 12.

## I. Die Stellung der Laryngologie in Russland.

Begegnen wir beim Lesen der bereits erschienenen Leitartikel über den Stand der Laryngologie in den verschiedenen Ländern der Thatsache, dass die Laryngologie fast überall nicht die ihr gebührende Stellung einnimmt, so gilt dies für Russland in noch viel höherem Grade.

Hier traten zwei Umstände, die grösstentheils auch noch jetzt existiren, der Verbreitung resp. Entwickelung dieser Wissenschaft hindernd in den Weg. Erstens wurde von den russischen Universitäten anfangs so gut wie nichts für sie gethan, und zweitens verhielten sich unsere grossen Hospitäler, deren wir in den beiden grossen Centren Moskau und Petersburg so viele und so reiche haben, ziemlich indifferent zu dieser jungen medicinischen Disciplin. Wenn die Laryngologie sich bei uns trotzdem das Bürgerrecht errungen hat und jetzt mehr und mehr an Boden gewinnt, so hat sie dieses für's Erste nur den Bemühungen einzelner weniger Aerzte zu verdanken.

Der Erste, der in Russland den Kehlkopfspiegel benutzte, war Rauchfuss. Er begann auf Anregung des Czermak'schen Werkes Mitte 1860 sich mit der Laryngoscopie zu beschäftigen und veröffentlichte schon 1861 in der St. Petersburger med. Zeitschrift eine Arbeit über „Cauterisationen und Incisionen im Kehlkopf", der eine Reihe von laryngologischen Mittheilungen, speciell über Operationen von Kehlkopftumoren, in den Verhandlungen der Petersburger med. Vereine, folgte. Besonders bemerkenswerth ist die im Jahre 1861 von ihm ausgeführte Thyreotomie zur Entfernung eines Tumors, da sie die erste der laryngoscopischen Zeit und die vierte in der Gesammtliteratur der Thyreotomien wegen Kehlkopftumoren ist.

Das grosse Material an dem Kinder-Hospital des Prinzen von Oldenburg, dessen Director Dr. Rauchfuss seit der Gründung desselben ist, gab ihm reichlich Gelegenheit, die Laryngoscopie in grossem Umfange an Kindern zu betreiben und seine gesammelten Erfahrungen in den Abhandlungen „über Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftwege im Kindesalter" in dem Gerhardt'schen Handbuche niederzulegen.

Der zweite Laryngolog, dessen hier gedacht worden muss, ist Professor Koschlakow. Derselbe hatte sich als junger Arzt in Westeuropa mit der Laryn-

goscopie bekannt gemacht und begann im Jahre 1860 als Docent für innere Medicin an der Med. Academie in Petersburg Curse der Laryngoscopie zu geben. Professor Koschlakow, der eigentlich Therapeut ist, richtete sein Hauptaugenmerk auf die Physiologie des Kehlkopfs und das Resultat dieser Untersuchungen ist die sehr lesenswerthe Arbeit: „Die künstliche Reproduction und graphische Darstellung der Stimme und ihrer Anomalien," Pflüger's Archiv. 34. Eine besondere stationäre Abtheilung für Halskrankheiten gab es aber nicht und Koschlakow benutzte nur poliklinisches Material. Als er vor zwei Jahren zum Professor der Klinik für innere Krankheiten ernannt wurde, war es seiner Initiative zu verdanken, dass eine besondere Abtheilung für Halskrankheiten mit zehn Betten eingerichtet und die Leitung derselben dem Professor Adjunct Simanowski übertragen wurde. Ueber die erfolgreiche Thätigkeit dieser Abtheilung liegt schon ein Jahresbericht vor und der zweite wird, wie uns persönlich mitgetheilt worden, bald erscheinen. In dieser Abtheilung, die mit einer Ambulanz verbunden ist, wird den Studirenden reichlich Gelegenheit geboten, sich mit der Laryngologie bekannt zu machen. Ausser von Simanowski werden Curse für Laryngologie und verwandte Wissenschaften für Aerzte an der Med. Academie von A. Jacobson, Docenten der Chirurgie, gegeben, der als erster in Russland im Jahre 1870 die Schrötter'schen Dilatatoren und im Jahre 1878 die Zinnbolzen mit dauerndem Erfolge anwandte.

Am klinischen Helenen-Institut (einer Anstalt, die von der verstorbenen Grossfürstin Helene Pawlowna zu dem Zweck gestiftet wurde, russischen Aerzten die Möglichkeit zu geben, sich in der Heimath in den verschiedenen medicinischen Fächern weiter auszubilden) werden Curse für Laryngologie und verwandte Wissenschaften vom Docenten Nikitin gegeben, von dem auch der erste Leitfaden für Laryngologie in russischer Sprache stammt.

Aus dem Vorstehenden ist zu ersehen, dass in Petersburg den Studirenden und Aerzten nunmehr wohl die Möglichkeit geboten ist, sich in der Laryngologie und den verwandten Wissenschaften die nöthigen Kenntnisse zu verschaffen.

In den grossen Hospitälern, deren die Stadt Petersburg so viele aufzuweisen hat, giebt es unseres Wissens noch keine Abtheilung speciell für Kehlkopfkrankheiten und wenn sich Aerzte an denselben mit Laryngologie beschäftigen, so geschieht es nur ambulatorisch. Manche von diesen Polikliniken werden von einer sehr grossen Zahl Kranker besucht, so z. B. das Roschdesten'sche Baracken-Hospital, wo die Ambulanz für Halskrankheiten seit dem Jahre 1876 vom Docenten Jacobson geleitet wird.

So wie an der medicinischen Academie Petersburg steht es nicht mit dem Unterrichte der Laryngologie an den anderen Universitäten Russlands. So giebt es an der Universität Moskau nur eine Docentur und in Dorpat wurde der erste Cursus für Laryngologie erst vor 6 Jahren von Dr. Koch, Docent für Chirurgie, gegeben. Seit 3 Jahren hat die Leitung desselben Dr. Dehio, Professor für klin. Medicin übernommen.

Soweit uns bekannt ist, werden an der Universität Charkow von Lomikowski laryngologische Curse gegeben. Von anderen russischen Laryngologen wären noch zu erwähnen Bolderew (Kasan), Mandelstamm (Kiew), Pogre-

binski (Odessa), Rühlmann (Petersburg), Scott und Stepanow (Moskau) —, alles Namen, die in der laryngologischen Literatur wohl bekannt sind.

Wenn man noch vor Kurzem behaupten konnte, dass nur in den grossen Städten resp. Universitäten Aerzte zu finden wären, die mit dem Kehlkopfspiegel wohl umzugehen verständen. so hat sich jetzt, Dank den Cursen, die Laryngologie so weit unter den russischen Aerzten eingebürgert, dass die Patienten mit ernsten Kehlkopfleiden nicht immer grosse Reisen zu unternehmen brauchen, um zu einem Arzt zu gelangen. der im Stande ist, sie genau zu untersuchen.

---

# II. Referate.

## a. Therapeutisches.

1) **Henry Schweig. Locale Behandlung der oberen Luftwege. (Topical medication of the upper air-passages.)** *New-York Med. Monthly. Mai 1886.*

Der Autor meint, dass die Ursachen für Erfolglosigkeit der localen Behandlung folgende sind: 1. Ungenügende Vorbereitung der Oberfläche zur Aufnahme der Heilagentien. 2. Unzweckmässiger Applicationsmodus. 3. Ungenügende Auswahl der Mittel. Diese Ursachen beseitigt er, indem er die zu behandelnde Oberfläche gründlich mit einem Wattebausch reinigt. Hierzu eignet sich am besten „Elsberg's Applicator". Das ausgewählte Mittel wird darauf mit demselben Instrument auf die ganze Schleimhaut gebracht. Die Mittel werden nach ihrer Wirkung auf die Schleimhaut ausgewählt, nicht nach der angeblichen Wirksamkeit bei ähnlichen Leiden der oberen Luftwege.

Die Details dieser verschiedenen Verfahren sind in dem Originalartikel ausführlich angegeben. LEFFERTS.

2) **A. de la Roche. Antisepsis in der Behandlung der Krankheiten der Luftwege: Methode des Dr. Bergeon. (De l'antisepsie dans le traitement des maladies des voies respiratoires: méthode du Dr. Bergeon.)** *Lyon méd. 28. Sept. 1886.*

Verf. ersetzt bisweilen die Schwefelwässer durch Tinct. Eucalypti (ein Theelöffel voll auf 40 Grm. Wasser). durch welches er die Kohlensäure streichen lässt.
E. J. MOURE.

3) **John N. Mackenzie. Bemerkungen über die Behandlung catarrhalischer Affectionen durch interne Verabreichung von Wasserstoffsuperoxyd. (Note on the treatment of catarrhal affections by the internal administration of hydrogen dioxide.)** *Practice. Vol. I. No. 1. Richmond, Va. Dec. 1886.*

Der Autor erklärt, dass diejenigen Fälle am meisten durch interne Gaben von Wasserstoffsuperoxyd gebessert werden, in denen ein profuser schleimig-eitriger Ausfluss vorhanden ist, ferner diejenigen, wo eine locale Behandlung entweder ohne Nutzen war, oder das Leiden verschlimmerte. Es wurde eine 4proc. Lösung angewandt, welche in kleinen Quantitäten bereitet und dadurch stets frisch verabfolgt

werden konnte. Man gab 8,0 auf 30 aq. 3, 4 und selbst 6 Mal täglich. Wie es gewöhnlich zubereitet wird, hat es einen leicht säuerlichen, angenehmen Geschmack und reizt nicht. Die innere Darreichung des Mittels kann auch mit der topischen als Spray verbunden werden. Zu letzterem nimmt man ungefähr eine 6procentige Lösung. Bei einigen Personen ist jedoch die Nasen- und Halsschleimhaut ausserordentlich empfindlich gegen diese Einwirkung und kann selbst eine schwache Lösung nicht vertragen. Es ist dies aber die Ausnahme, nicht die Regel. Der Autor behauptet nicht, dass dieses Mittel eine Panacée sei — in einzelnen Fällen hatte es keinen nennenswerthen Erfolg. Es ist jedoch schwer zu entscheiden, ob dies an der mangelhaften Zubereitung, oder der Zersetzung, oder der mangelnden Reaction Seitens des Individuums lag. Aber so viel ist sicher, dass es in einer ansehnlichen Reihe von Fällen, wo es angewendet wurde, nicht nur die Secretion hemmte, sondern dies auch da that, wo bereits viele wohlbekannte und gebilligte Behandlungsmethoden erfolglos angewendet worden waren. LEFFERTS.

4) **L. Turnbull. Cocaïnum muriaticum als Anästheticum und Analgeticum bei Krankheiten des Halses, der Nase und des Ohrs. (Hydrochlorate of cocaïne as a local anaesthetic and analgetic in diseases of the throat, nose and ear.)** *Medical Bulletin. Philadelphia. Juli 1886.*

Es wird empfohlen eine starke Solution (20pCt.), zwei Mal in 1 oder 2 Minuten bei Operationen im Hals und in der Nase anzuwenden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

5) **P. Woltering. Pilocarpin, subcutan ein vorzügliches Heilmittel.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1886.*

1. Bei einem an Larynxcroup leidenden Knaben sollen sich die stenotischen Erscheinungen nach 5 Injectionen von Pilocarpin (0,01 pro dosi) verloren haben; der Knabe starb aber an Pneumonie.

2. Larynxdiphtherie nach vorhergegangener Pharynxdiphtherie, bellender Husten und Dyspnoëanfälle; nach 6 Injectionen von Pilocarpin im Zeitraume von 4 Tagen Larynx frei. (Da von einer laryngoscopischen Untersuchung nirgends die Rede ist, so erscheint die Diagnose „Larynxdiphtherie“ fraglich; aber auch ganz abgesehen davon kommt es in zahlreichen Fällen von circumscripter Larynxdiphtherie zu spontaner Heilung. Anm. des Ref.)

3. Negativer Erfolg des Pilocarpin bei Larynxdiphtherie (!), ebenso der später gemachten Tracheotomie wegen Bronchialcroup. Die Dosis des Pilocarpin bei Kindern von 2—5 Jahren fixirt Verf. auf 0.006—0,012, und glaubt derselbe, dass durch das Pilocarpin die Tracheotomie umgangen werden könne. SCHECH.

6) **O. F. Brown. Chromsäure und Trichloressigsäure zur Behandlung der Hypertrophien der Pharyngonasalhöhlen. (Chromic acid and tri-chloric acetic acid in the treatment of hypertrophies of the pharyngo-nasal cavities.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. Nov. 1886.*

Verf. empfiehlt die Essigsäure in Fällen von „rother“ Hypertrophie, die zwar genügend organisirt ist, um einer milden Behandlung zu widerstehen, jedoch nicht soweit vorgeschritten ist, um die galvanocaustische Schlinge oder Chromsäure zu erfordern. Es besteht in solchen Fällen eine grössere Wucherung in der Schleim-

haut, welche verdickt und stark gelatinös ist. Da Essigsäure schnell gelatinöses Gewebe löst, so verschwinden diese Wucherungen schnell unter ihrer Application. Ist die Art der Hypertrophie aber die „graue“ oder diejenige der „rothen“, bei der die stärkste Proliferation in dem submucösen Gewebe stattfindet resp. wo die ganze Substanz des Gewucherten fest organisirt ist, dann ist die Chromsäure am zweckmässigsten. Die Essigsäure ist zu langsam in ihrer Wirkung. Chromsäure verursacht wenig Schmerzen, selbst wenn kein Cocaïn angewendet wird. Besonders empfehlenswerth ist sie beim Heufieber. Dieses ist nämlich, nach Ansicht des Autors, einfach eine Unterabtheilung des hypertrophischen Catarrhs: eine Form, bei der sowohl die Nerven wie die Schleimhaut als auch das submucöse Gewebe erkrankt sind. Die Nervenendigungen sind wahrscheinlich geschwollen und empfindlich, wie in einem empfindlichen Stumpf nach der Amputation. LEFFERTS.

7) **Poulet. Bemerkung über eine Tinctur, bestehend aus Gartenpigment, sehr wirksam bei Muskelrheumatismus, bei gewissen Neuralgien, und ein Revulsivum bei Entzündungen der Schleimhäute. (Note sur une teinture composée de piment des jardins, très efficace dans le rheumatisme musculaire, dans certaines neuralgies, et comme agent de révulsion, dans les phlegmasies des muqueuses.)** *Bullet. de thérap. 15. Februar 1886.*

P. empfiehlt ein Mittel, das er Apone (*ἄπονος* schmerzlindernd) nennt, dessen wirksamer Bestandtheil das Capsicin ist und das im Gartenpigment enthalten ist. — Das Mittel wird von P. unter Anderem auch bei Coryza, Angina, Grippe empfohlen und kommt hier äusserlich in Frictionen am Halse oder der Brust zur Anwendung. Das Apone wird zu dem Zwecke mit Oel zu gleichen Theilen vermengt. E. J. MOURE.

8) **Kochs. Beitrag zur Kenntniss der Verbrennungsproducte des Salpeterpapiers und der Ursachen des Asthma bronchiale.** *Centralblatt f. klin. Med. No. 40. 1886.*

K. hält die bisherige Anschauung über die Zusammensetzung des Dampfes des Salpeterpapiers für unhaltbar, da er neben kohlensaurem Ammoniak zumeist organische Producte der langsamen Verbrennung der Cellulose fand. Die Wirkung des Salpeterpapiers ist ähnlich jener anderer Riechmittel, d. h. umstimmend auf den Reflexmechanismus der Athmung. K. hält ferner die Bronchitis und Bronchiolitis exsudativa nicht für die Ursache, sondern für Folgezustände des Asthmaanfalles. Diesem letzteren gehen oft Prodrome, d. h. Zeichen von gesteigerter Nervosität, allgemeine Erregung, unnatürlicher Hunger, Nieskrämpfe, häufiges Uriniren, Diarrhoën, Schwitzen voraus. In diesem Zustande genügt die geringste körperliche Ueberanstrengung zur Hervorrufung eines Anfalles; fehlt diese Nervosität, dann tritt auch kein Anfall ein. SCHECH.

9) **F. Massei** (Neapel). **Cocaïnum salicylicum und Pyridin bei Asthma. (Il salicilato di Cocaïna e la Piridina nell' Asma.)** *Rivista Clinica e terapeutica. Anno VIII. No. 4.*

M. konnte bei zwei Kranken mittelst der von Beschorner empfohlenen subcutanen Injection von Cocaïnum salicylicum den asthmatischen Anfall coupiren; Dosis 2—3 Centigramm. Bei einem der Kranken wirkte auch Einathmung

von 5,0 Pyridin sehr beruhigend. (In einem Fall war das Asthma durch Nasenpolypen bedingt.)

(Ref. hat in der letzten Zeit 4 Fälle von Asthma nervosum in Behandlung gehabt, bei denen Pyridin ohne deutliche Wirkung war, Cocaïninjectionen dagegen die Anfälle sofort milderten, aber nicht coupirten [2- bis 3mal täglich 0,05]. Ein Unterschied in der Wirkung zwischen Cocaïn. salicyl. und Cocaïn. mur. konnte bei wiederholten Versuchen nicht constatirt werden.) KURZ.

10) **Bergeon. Gasinjectionen in das Rectum bei Kehlkopfentzündung und Geschwüren der Luftwege. (Injections rectales gazeuses dans la laryngite et les ulcérations des voies respiratoires.)** *Academie de méd. de Paris. 2. Sept. 1886.*

B. las eine Arbeit, in welcher er über die Resultate berichtet, die er mit Gasinjectionen in das Rectum bei einfacher entzündlicher und tuberculöser Laryngitis, bei Geschwüren der Luftwege, bei Pharyngitis etc. erhalten hat. Er stellt der Academie eine Patientin vor, welche in Folge von Zerstörung der Stimmbänder aphonisch ist. Diese Zerstörung bestand schon Ende Januar, als Patientin ihn in dem letzten Stadium hereditärer Phthise consultirte. Die Halsschmerzen waren in dieser Zeit so heftig, dass die unglückliche Frau zuweilen drei Tage lang ohne Nahrung blieb, um die Schlingbeschwerden zu vermeiden.

Gleich nach den ersten Tagen der Behandlung mit Gasklystieren verminderten sich die Halsschmerzen und nach zwei oder drei Wochen begann die Vernarbung dieser Geschwüre. Die Vernarbung hielt sich acht Monate trotz des Zustandes der Lungen, welche der Sitz enormer Cavernen sind.

B. schliesst seine Mittheilung, indem er in wenigen Worten die Resultate seiner Behandlung mit Gasklystieren bei acuter Phthise in pneumonischer Form (galoppirender, tuberculöser Schwindsucht) mittheilt. E. J. MOURE.

11) **Morel. Injectionen von Schwefelwasserstoff in's Rectum. (Des injections d'hydrogène sulfuré dans le roctum.)** *Société de biologie. 4. Oct. 1886.*

Bei Gelegenheit der Mittheilung von Peyron, welcher seine Versuche über die Absorption der Kohlensäure und des Kohlenwasserstoffs durch das Rectum und die bei Hunden hervorgerufenen Zufälle berichtete, erwiedert M., dass die Bedingungen nicht dieselben seien. Das Thier, dem ein Maulkorb angelegt ist, kann nicht exhaliren wie der Mensch. Bei letzterem werden die Injectionen schwächer und sorgfältiger gemacht. E. J. MOURE.

12) **Hamon du Fougeray. Modificationen der Gasinjectionen in's Rectum. (Des injections rectales gazeuses modifications.)** *Gaz. des hôp. 27. Sept. 1886.*

Dieser Verf. ersetzt das Gefäss von Bergeon durch eine Flasche Selterwasser und stellt gewisse Stücke des Apparats solider und weniger kostspielig her. E. J. MOURE.

13) **Blachez. Gasinjectionen in's Rectum. (Injections rectales gazeuses.)** *Société de thérapeut. 25. October 1886.*

B. hatte unter drei Patienten zweimal eine erhebliche Besserung und einmal Erscheinungen von Gastrointestinal-Catarrh. E. J. MOURE.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Combe. Catarrh des Sinus maxillaris und dessen Behandlung mit Jodol. (Catarrhe du sinus maxillaire et son traitement par l'iodol.)** *Congrès français de chirurgie. 18. bis 20. Aug. 1886.*

Nach C. ist die einzig zweckmässige Behandlung des Catarrhs der Highmorshöhle die Trepanation des Sinus mit nachfolgender Desinfection der Höhle.

Die Diagnose dieses Catarrhs ist jedoch nicht leicht und mancher Arzt kann sich hierin täuschen, indem er Ulcerationen der Nasenschleimhaut vor sich zu haben glaubt.

Aber selbst in Fällen von Nasengeschwüren würde C. die Trepanation des Sinus nicht scheuen, da die nachfolgende Drainage eine wirksamere Desinfection aller Theile der Nasenschleimhaut gestattet. Das Jodoform ist wegen seines Geruchs im Mund nicht anzuwenden; an seiner Stelle gebraucht C. gewöhnlich das Jodol.

E. J. MOURE.

15) **Mikulicz (Krakau). Zur operativen Behandlung des Empyems der Highmorshöhle.** Vortrag am XIV. Congresse der deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin, am 10. April 1886. *Zeitschrift für Heilkunde. Bd. VII. Heft IV. Prag, 1886.* Hierzu Tafel 10 und 11. — *Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 34. Heft 3. 1886.*

M. hat bei Eiterungen in der Highmorshöhle dieselbe vom unteren Nasengange aus eröffnet und zwar mit einem kurzen, starken, doppelschneidigen Messer, welches sich an einen stumpfwinkelig abgebogenen Stiel ansetzt und von diesem durch einen leicht vorspringenden Wulst abgegrenzt ist. Man geht damit unter die untere Muschel ein und durchstösst die äussere Nasenwand unmittelbar unter der Muschel, weil sie dort am dünnsten ist. Derart lässt sich leicht eine Oeffnung von 5—10 Mm. Breite und 20 Mm. Länge herstellen. Eine stärkere Blutung wird durch Jodoformgazetamponade gestillt. Durch diese Oeffnung werden später die Ausspritzungen mit einer Ballonspritze vorgenommen. Man hat auf diese Weise eine Ausflussöffnung tief unten im Antrum angelegt. Nur bedeutende Hypertrophie der unteren Muschel, Enge der Nase oder Verdickung der Knochenwand kann die Operation erschweren oder verhindern. In 4 Fällen führte M. diese Operation mühelos aus; sie ist jedenfalls leichter als die Eröffnung von der Fossa canina oder dem Gaumen her.

CHIARI.

16) **Störk (Wien). Ueber die locale Behandlung des Empyems der Highmorshöhle.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 43. 1886.*

St. hat öfters mittelst eines kurzen feinen Röhrchens ausgespritzt und zwar von dem Infundibulum unter der mittleren Muschel aus und zieht dieses Verfahren jedem anderen vor. In Fällen, wo die Schwellung der Nasenschleimhaut nicht gestattet, das Röhrchen bis in die Highmorshöhle zu führen, verwendet St. ein gerades feines Hartkautschukröhrchen mit seitlicher feiner Oeffnung und sucht diese der Eingangsöffnung gerade gegenüber zu stellen und spritzt nun mit ziemlicher Kraft warme Lösungen in das Antrum ein; zur Direction dient das Gefühl des Kranken, welcher genau den Druck des Wassers in der Highmorshöhle fühlen soll. Die Lösungen sind schwach, 1—2procent. Lösungen von Argent. nitr.,

salicylsaurem Natron, Kochsalz, Tannin und manchmal von Zink. Ausserdem erweitert er die Nase durch Einlegen von Wattetampons, welche über Nadeln stark zusammengepresst und dann von diesen herabgenommen in die Nase eingeführt und darin Stunden lang belassen werden; dadurch gelingt eine bedeutende Erweiterung der Nase behufs Einführung der Röhrchen. St. erzielte dadurch gute Erfolge, während er Mikulicz' Methode, unter der unteren Nasenmuschel ein stilettartiges Instrument durch die Knochenwand zu stossen, für schwierig und undankbar hält. Ref. möchte dazu bemerken, dass die Sondirung der Highmorshöhle von der Nase aus meist nicht durchführbar ist. CHIARI.

17) **B. Baginsky** (Berlin). **Demonstration eines Polypen des Antrum Highmori, der in die Nase hineingewachsen ist.** *Berliner med. Wochenschr. No. 17. p. 276. 1886.*

B. demonstrirt in der Berliner medicinischen Gesellschaft ein Präparat, welches Prof. Waldeyer zufällig bei der Untersuchung einer Leiche im Präparirsaale fand. Das Orificium des Antrum ist ziemlich stark erweitert und der Polyp, der im Antrum entspringt, durch Bindegewebsbrücken daran befestigt. Intra vitam würde er wohl einen Polypen der mittleren Muschel vorgetäuscht haben. In der Discussion erwähnt E. Küster, dass er einen derartigen Fall operirt habe. Wegen eines anscheinend mit einem breiten Stiel seitlich im Nasenraum aufsitzenden Polypen wurde die Nase gespalten, und nun zeigte es sich, dass er aus dem Antrum kam. Es gelang, ihn daraus zu entfernen. B. FRAENKEL.

18) **Caselli. Epitheliom der rechten Highmorshöhle, Fortsetzung in die Choanen und in die Mundhöhle. Resection des Oberkiefers. (Epithelioma dell antro d'Igmoro destro con diffusione alle coane ed al cavo orale. Resezione dei due mascelleri superiori.)** *Riforma medica. No. 19. 1886.*

Ein rasch gewachsenes Epitheliom, das von der rechten Highmorshöhle ausging. — Der Aufsatz ist mehr von rein chirurgischem als von rhinologischem Interesse. KURZ.

19) **Leplat. Fibrosarcom der Oberkiefergegend. Operation. Vorzeigen eines Apparates. (Fibrosarcome de la région maxillaire. Operation. Présentation d'appareil.)** *Journ. des scienc. méd. de Lille. No. 4. 1886.*

Typischer Fall. — Der Apparat dient dazu, etwaiger Entstellung des Kiefergerüstes, die sich häufig bei der Vernarbung der Resectionswunde ausbildet, vorzubeugen. E. J. MOURE.

20) **Hjort** (Christiania). **Empyem in den oberen Nebenhöhlen der Nase. (Empyem i Näsens Övre Bihuler.)** *Klinisk Aarbog. p. 217. 1886.*

Verf. hat 6 Fälle beobachtet. — 1. Ein Fall von Abscessus sinus frontalis. 2. Ein Fall von Empyema sinus frontalis und sinus ethmoidalis sinistri. 3. Vier Fälle von Empyema sinus ethmoidalis. In einem Falle fasste der Verf. die Krankheit als durch Rotzinfection hervorgebracht auf. Als Ausdruck einer localen Tuberculose wurde ein Fall angesehen (Tuberkelbacillen wurden in dem Eiter nachgewiesen). In zwei Fällen war das Sehvermögen vermindert (in einem Falle wegen einer Papilloretinitis). Nur in zwei Fällen waren die ektatischen Höhlen mit übel-

riechendem Eiter gefüllt. Die Fälle wurden mit Incision von aussen und nachfolgender Perforation nach der Nasenhöhle behandelt. Nur durch diese Perforation nach der Nase ist eine effective Drainage und antiseptische Ausspülung möglich. SCHMIEGELOW.

21) **Borthen** (Norwegen). **Empyema sinus frontalis.** *Medicinsk Revue. Marts 1886.*

3 Fälle von Empyem des Sinus frontalis. (Die Arbeit ist dem Referenten nicht zugänglich.) SCHMIEGELOW.

22) **Weinlechner** (Wien). **Fractur des Stirnbeins mit Fissur gegen die Lamina cribrosa und Fractur des linken Orbitaldaches.** *Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte in Wien. 23. Dec. 1886.*

Aushebelung des deprimirten und zerbrochenen Stirnbeinstückes; Reposition des herabgedrängten Orbitaldachstückchens. Die Erscheinungen der Gehirnerschütterung schwanden. Heilung. CHIARI.

23) **Mracek** (Wien). **Zur Syphilis der Orbita.** Urban u. Schwarzenberg. Wien und Leipzig. 1886.

M. erwähnt in seiner Arbeit, dass es durch Periostitis und Ostitis der inneren oder unteren Orbitalwand zum Durchbruch in die Nasen- oder Highmorshöhle kommen kann. Ausserdem enthält die Arbeit 6 genaue Krankengeschichten dieser seltenen Affection, ein Resumé über die Erscheinungen derselben und genaue Literaturangaben. CHIARI.

24) **Herzog Carl in Bayern. Beitrag zur Casuistik der Orbitaltumoren.** *Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München. 1886.* Bericht für 1878/79.

Der Fall bietet nach verschiedenen Richtungen hin sehr interessante Details. Es handelte sich bei einem 21jährigen Manne um eine haselnussgrosse, steinharte Geschwulst am linken obern innern Augenwinkel, die zuerst für eine Exostose der Orbita gehalten wurde, sich bei der Operation aber als eine Hervorwölbung des Sinus frontalis in Folge von Empyem der Stirnhöhle darstellte. Der Bulbus war 4—5 Mm. nach unten dislocirt; auch bestand chronischer Nasen- und Mittelohrcatarrh mit Trommelfellperforation. Trotz wiederholter Eröffnung und Drainage blieb die Stellung des linken Auges eine abnorme, wahrscheinlich weil auch in den weiter nach hinten gelegenen Zellen der Stirnhöhle Eiteransammlung fortbestand. SCHECH.

25) **Z. T. Magill. Nasenrachencatarrh. (Naso-pharyngeal catarrh.)** *St. Louis Courier of Med. Oct. 1886.*

Der Artikel ist eine Wiederholung der allbekannten Geschichte obiger Affection, ihrer Pathologie, Varietäten und Therapie. Etwas Neues wird nicht vorgebracht. LEFFERTS.

26) **Collet. Studie über adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. (Etude sur les végétations adénoids du pharynx nasal.)** *Thèse de Lyon. 1886.*

Diese Arbeit enthält nur eine einfache Uebersicht dessen, was man über diesen Gegenstand weiss und einige neue Beobachtungen, die beweisen, dass die adenoiden Vegetationen keineswegs so selten sind, als man (? Red.) bisher angenommen hat. E. J. MOURE.

27) Leroux. **Ueber adenoide Geschwülste des Pharynx. (Des tumeurs adénoides du pharynx.** *Journ. des connaiss. méd. 1. April 1886.*

Der Autor bespricht nur die These Chatellier's über obigen Gegenstand.

E. J. MOURE.

28) William B. Dalby (London). **Adenoide Vegetationen im Pharynx. (Adenoid growths in the pharynx.)** *Lancet. 2. Oct. 1886.*

Nachdem D. über die Methode der Entfernung der adenoiden Vegetationen mit dem Fingernagel gesprochen hat, beschreibt er ein Instrument, welches er construirt hat und das sehr befriedigend wirkt. Das Instrument „ein mechanischer Fingernagel" ist aus Stahl, und im Princip dem Capart'schen Löffel ähnlich, es unterscheidet sich von ihm jedoch in der Wirkung und der Construction. Die Fingerkuppe wird unbedeckt gelassen, so dass man mit dem Gefühl abschätzen kann, was geschehen ist. D. erweitert den Mund mit einem Mason-schen Mundsperrer und beugt den Kopf vorwärts, so dass das Blut durch die Nase entweichen kann. Bei jungen und furchtsamen Kindern empfiehlt er die Anwendung von Aether.

A. E. GARROD.

29) Noquet (Lille). **Adenoide Geschwülste des Nasenrachenraumes. (Tumeurs adénoides du pharynx nasal.)** *Société centrale de méd. du Nord. 23. April. — Bullet. méd. du Nord. No. 4. 1886.*

N. zeigt adenoide Vegetationen vor, die er mit der Löwenberg'schen Zange exstirpirt hatte.

E. J. MOURE.

30) Chatellier. **Behandlung der adenoiden Tumoren. (Traitement des tumeurs adénoides.)** *La thérapeutique contemp. No. 32. 6. August 1886.*

Ch. empfiehlt die Löwenberg'sche Zange und das Adenotom von Delstanche.

Die Arbeit ist ein Auszug aus der These des Verfassers.

E. J. MOURE.

31) A. Magnus (Königsberg). **Ueber adenoide Vegetationen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 33. S. 554. 1886.*

Besprechung des Trautmann'schen Buches im Verein für wissenschaftliche Heilkunde. Es entspinnt sich im Anschluss daran eine Discussion über den Werth der photographischen Abbildungen für den Unterricht. Schönborn findet an solchen zu viel störendendes Beiwerk. Naunyn zu viel Retouche.

B. FRAENKEL.

32) McBride (Edinburgh). **Adenoide Vegetationen. (Adenoid growths.)** *Meeting of the Medico-Chirurgical Society. — Edinburgh Medical Journal. Aug. 1886.*

McBr. zeigte eine Menge adenoider Vegetationen, die aus dem Nasenrachenraum einer jungen Dame entfernt worden waren. Neben den gewöhnlichen Symptomen hatten sie noch Anlass zu Schlingbeschwerden gegeben, welche durch die Operation beseitigt wurden.

AUTOREFERAT.

33) James Cox (Melbourne). **Ueber postnasale Neubildungen. (On post-nasal growths.)** *Australian Med. Journal. 15. Febr. 1886.*

Eine Beschreibung adenoider Vegetationen.

A. E. GARROD.

34) B. Löwenberg (Paris). **Ueber Exstirpation der adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum nebst Beschreibung und Abbildung eines neuen Instruments zu dieser Operation.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 16. S. 265. 1886.*

Das neue Instrument ist ein ovales, innen schneidendes und auf die Fläche gebogenes Messer mit einer Schutzvorrichtung für das Velum palatinum. Letztere ist eine Stahlplatte von derselben Form und Grösse wie das Messer, welche dem Messer anliegt, durch eine am Stiel angebrachte Vorrichtung aber nach hinten abgezogen werden kann, wenn das Instrument hinter das Velum eingeführt ist. L. operirt vom Munde aus nach Cocaïnisirung des Pharynx. B. FRAENKEL.

35) Schütz (Mannheim). **Zange für die Operation der adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum.** *Centralbl. f. Chir. u. Orthopäd. Mechanik. No. 10. Juli 1886.*

Starke, in sagittalem Durchmesser schneidende, in zwei gefensterte löffelförmige Branchen endigende Zange. Man soll mit einem einmaligen Einführen der Zange alle Vegetationen entfernen können. Modell bei Friedrich Dröll, Mannheim. SCHECH.

## c. Mundrachenhöhle.

36) Thomas Whipham (London). **Predigerhalsweh. (On clergyman's sore throat.)** *Lancet. 4. Sept. 1886.*

W. meint, dass die Affection in hohem Grade durch die Gewohnheit, mit vornüber gebeugtem Kopf zu lesen und zu sprechen, erzeugt werde. A. E. GARROD.

37) W. B. Holdernesse (Windsor). **Predigerhalsweh. (On clergyman's sore throat.)** *Lancet. 18. September 1886.*

H. glaubt, dass der gewöhnlich von Geistlichen getragene hohe Kragen dazu beiträgt, den Kopf mehr nach vorn zu beugen. A. E. GARROD.

38) Joal (Mont-Dore). **Die Kinderkrankheiten in Mont-Dore. (Les maladies des enfants au Mont-Dore.)** *Extrait des Archives d'hydrologie. Avril et mai 1886.*

J. bespricht, vom balneologischen Standpunkt aus, die chronisch-catarrhalische Angina, die Pharyngitis granulosa und die Tonsillitis der Kinder. — Er weist die Nützlichkeit einer Behandlung mit den Quellen von Mont-Dore nach, die eine allgemeine sedative Wirkung auf den Organismus und einen decongestiven Einfluss auf die Schleimhaut der Luftwege haben. E. J. MOURE.

39) Vergely (Bordeaux). **Die Perforation der Carotis interna bei Angina phlegmonosa. (La perforation de la carotide interne dans l'angine phlegmoneuse.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 49, 50 et 51. 1886.*

Es werden 16 Beobachtungen, von denen eine dem Autor eigen ist, beigebracht und auf den Mechanismus, nach welchem sich die Perforation vollziehe, besprochen. Hierbei stützt sich V. auf die Ausführungen von Monod, Verneuil, Trelat. E. J. MOURE.

40) **Moizard. Ueber Blutungen bei phlegmonöser Angina. (Des hémorrhagies dans l'angine phlegmoneuse.)** *Journal de méd. et de chir. pratique. Août 1886.*

Es wird über einen Fall gesprochen, in welchem der Kranke über einen Liter Blut verlor.

M. weist bezüglich des Mechanismus, der beim Uebergreifen des entzündlichen Processes von der Tonsille auf die drei nahe befindlichen grösseren Gefässe statt hat, auf die jüngst erschienene Arbeit Vergely's hin. (Siehe vorstehendes Referat.) E. J. MOURE.

41) **Retterer. Anordnung der Lymphbahnen in den Tonsillen. (Disposition des lymphatiques dans les amygdales.)** *Société de biologie. Séance du 23. janvier. — Semaine méd. 27. Janvier 1886.*

Bei der Untersuchung der Lymphbahnen in der Tonsille eines Hundes fand R., dass die Lymphgefässe in das Innere der Follikel eindringen und dort ein vollständig geschlossenes Netz bilden, in dessen Maschen die Elemente der Follikel eingebettet sind. — Dieser Befund R.'s spricht gegen die Ansichten von Schmidt, Frey u. a. A., die offene Lymphnetze in den Follikeln annehmen. E. J. MOURE.

42) **Retterer. Entwickelung und Zusammensetzung der Mandeln beim Menschen. (Developpement et constitution des amygdales chez l'homme.)** *Soc. de Biologie. 27. Sept. 1886. — Trib. méd. 5. Oct. 1886.*

Nach R. entstehen die Mandeln bei dem Foetus von 2 oder 3 Monaten unter der Form eines Einschlags, welchen das Epithel des Isthmus des Schlundes in das Corium der Schleimhaut macht. Die so gebildeten Einstülpungen höhlen sich zu einem Canal aus und treiben gegen ihr tiefes Ende volle Epithelialknospen. Die Epithelialkerne werden vom Centrum nach der Peripherie von Bindegewebe und Gefässen durchsetzt, und so bilden sich die geschlossenen Follikel beim Erwachsenen. Später werden diese Follikel von Bindegewebe durchdrungen, während die Drüsenelemente eine fettige Degeneration erleiden. E. J. MOURE.

43) **Retterer. Morphologie der Mandeln bei den Säugethieren. (Morphologie des amygdales dans le sexe des mammifères.)** *Société de biologie. 4. Oct. 1886.*

Beim Kaninchen bestehen nach R. die Mandeln aus einer einfachen Epithelschwellung der Pharynxschleimhaut.

Die Anzahl und die Natur der Verlängerungen und Einstülpungen, welche dieser primitive Typus darstellt, bedingen die verschiedenen Typen der Mandeln der Reihe der Säugethiere. Der complicirteste Typus zeigt sich beim Menschen und den grossen Wiederkäuern. E. J. MOURE.

44) **T. P. Atkinson** (Surbiton). **Kurze Bemerkungen über die Aetiologie und Therapie einiger Mandelkrankheiten. (Short notes on the causes and treatment of some of the diseases of the tonsils.)** *Practitioner. Jan. 1887.*

A. giebt in dieser Arbeit eine Uebersicht über die Hauptformen der Tonsillenerkrankung: Tonsillarabscess, folliculäre Tonsillitis, Diphtherie, Ulceration und Nasenrachencatarrh. Er theilt ferner die Behandlung mit, welche sich ihm bei den einzelnen Formen als die zweckmässigste bewährte. A. E. GARROD.

45) **Hüeber** (Ulm). **Zur Mandelentzündung.** *Deutsche militärärztliche Zeitschrift. XIV. 12. 1885.*

Verf. meint, die Mandelentzündung gehöre zu den leichten Infectionskrankheiten; die in den Kasernen zur rauhen Jahreszeit beobachteten Mandelentzündungen deckten sich mit keiner der von E. Wagner beschriebenen Formen. Das Exsudat stehe in der Mitte zwischen croupösem und diphtheritischem; mehrmals erscheinen die graugelben Flecken erst am 2. oder 3. Tage, Lymphdrüsenschwellung fehlte (?) stets. Verf. führt die Gründe näher aus, welche dafür sprechen, dass die Angina eine Infectionskrankheit ist; und zwar die Folge einer schwächeren Potenz des diphtherischen Virus; eine besondere Ansteckungsfähigkeit besitze die Krankheit nicht; einzelne wenige gleichzeitige und gleichörtliche Erkrankungen erklärten sich durch die gleichen äusseren Schädlichkeiten.

SCHECH.

46) **Seifert** (Würzburg). **Ueber lacunäre Angina.** *Wiener med. Wochenschr. No. 40. 1886.*

S. spricht sich für die Infectiosität dieser Erkrankung aus: 1) weil manchmal Hausepidemien vorkommen, 2) weil die Allgemeinerscheinungen den localen vorhergehen, 3) weil das Fieber heftig einsetzt und kritisch abfällt, 4) weil Herpes und Milzschwellung oft auftreten, 5) weil noch nach Ablauf der Erkrankung allgemeine Abgeschlagenheit fortdauert, und 6) weil sie auf andere Menschen gelegentlich übertragbar ist. Gegen Diphtheritis ist die Abgrenzung meist leicht, doch kann die Diphtheritis auch unter dem Bilde der Agina lacunaris beginnen. Jedenfalls ist die Isolirung der an Angina lacunaris leidenden Kranken angezeigt.

CHIARI.

47) **Demarquay. Gargarisma gegen Angina follicularis. (Collutoire contre l'angine granuleuse.)** *Union méd. 17. Febr. 1887.*

D. rühmt eine Lösung von Tannin und Glycerin 4 : 30. E. J. MOURE.

48) **R. Hingston Fox** (London). **Tonsillitis und ihre Beziehung zum Scharlach und zur Diphtherie. (Tonsillitis and its relations to scarlatina and diphtheria.)** *Lancet. 3. Juli 1886.*

Nachdem H. in dieser Arbeit die verschiedenen Formen der Tonsillitis einschliesslich der septischen besprochen hat, geht er auf die schwere Tonsillitis als Symptom des Scharlachs und der Diphtherie über und verweist auf das gemischte Auftreten, wo verschiedene dieser Zustände angetroffen werden. Hierauf stellt er den Satz auf: „dass Scharlach und Diphtherie wesentlich als Formen der Tonsillitis betrachtet werden mögen, welche einen infectiösen Charakter angenommen haben"; d. h. sie unterscheiden sich von anderen Formen der Tonsillitis dadurch, dass sie den Organismus allgemein afficiren und die Erscheinungen einer specifischen Krankheit hervorrufen.

Zum Schluss bespricht er das Vorherrschen der Tonsillitis während der Epidemien von Scharlach und Diphtherie.

Die Constanz der Tonsillitis als ein Symptom bei diesen Krankheiten und das Auftreten einer membranösen Pharyngitis beim Scharlach dienen dazu, die oben aufgestellte Theorie zu stützen. A. E. GARROD.

49) **F. Katterfeld** (Curland). **Tonsillarabscess, Glottisödem, Tracheotomie bei einem 1 Jahr alten Kinde mit glücklichem Ausgang.** *Deutsche med. Wochenschr: No. 28. S. 484.*

Operation nach Schinzinger, in dessen Anstalt in Freiburg i. B. der Kranke lag. „Ich durchschnitt, schichtweise vorgehend, Haut, Fascie. intermusculäres Gewebe, ging dann, ohne auf die geringe venöse Blutung zu achten, mit dem linken Zeigefinger in die Tiefe und, nachdem ich die Trachea durch Druck gegen die Wirbelsäule fixirt, stach ich am Nagel meines linken Zeigefingers das Bistouri ein; nachdem der Schnitt schnell noch erweitert, ging ich mit dem Finger in die Trachealwunde ein und schob, so den Bluteintritt verhindernd, die Canüle in die Trachea ein." Das Uebrige besagt der Titel. B. FRAENKEL.

50) **W. Cosgrove. Entfernung geschwollener Mandeln ohne schneidende Operation. (Removing enlarged tonsils without cutting.)** *Mass. Med. Journal. VI. p. 337. Boston, 1886.*

C. empfiehlt. in dem festen Glauben, dass es richtig und nothwendig sei, die hypertrophischen Mandeln durch operative Massregeln zu entfernen, die „Londoner Pasta". Das ist der Inhalt seines langathmigen Artikels. LEFFERTS.

51) **W. Porai-Kotschiza. Schanker der Tonsillen, Rupia und Scorbut. (Schanker mindalin, rupia i scorbut.)** *Russ. Med. No. 48. 1885.*

In diesem polemischen Artikel spricht Verf. unter anderem die Meinung aus, dass der harte Schanker der Tonsille häufiger vorkomme, als man glaubt und jetzt, wo man darauf Acht giebt, häufen sich in der That solche Fälle in der Literatur. LUNIN.

52) **O. Petersen** (Petersburg). **Zur Frage der Ansteckung mit Syphilis auf nicht geschlechtlichem Wege. (K woprosu o wnepolowom saratschenii etc.)** *Wratsch. No. 23 u. 24. 1886.*

Diese Arbeit enthält eine genaue Angabe der Literatur über diesen Gegenstand und einige eigene Beobachtungen. Von 1208 Syphiliskranken, die P. im Verlaufe von 6 Jahren zu Gesicht bekommen hatte, zeigten 11 einen harten Schanker der Lippe und einer hatte das primäre Geschwür auf der Wange (Infection durch einen Biss). — Dann folgt die Krankengeschichte eines 34 Jahre alten verheiratheten Mannes, der gesunde Kinder hatte, bei dem Petersen einen harten Schanker der rechten Mandel, Schwellung der Lymphdrüsen des Halses und Roseola fand. Die Frau des Patienten hatte gleichfalls Roseola, ferner eine Gingivitis und ein Geschwür mit hartem Grunde auf dem Zahnfleisch. Die Frau hatte viele cariöse Zähne, weshalb sie häufig zahnärztliche Hülfe brauchte. P. meint, die Frau könne durch die Instrumente des Zahnarztes oder durch den Kuss des Mannes angesteckt worden sein, während die Aetiologie der Syphilis des Mannes ganz dunkel blieb. LUNIN.

53) **Bottini. Tonsillotomie und zwei Fälle bösartiger Tumoren der Tonsillen.** *Gazzetta degli Ospitali. No. 43. 1886.*

Kurze Erwähnung zweier Fälle von totaler Exstirpation der Tonsillen. 1. wegen Epitheliom (im Jahre 1879), 2. wegen Fibroenchondrom (im Jahre

1885). Der letztere Fall ist publicirt im Jahrgang 1885 der Gazzetta degli ospitali und in diesem Centralblatt referirt. KURZ.

54) F. Cardone (Neapel). **Zwei Fälle von primärem malignem Tonsillentumor. (Due casi di tumore maligno primitivo delle tonsille.)** *Archivio internaz. di laringologia, rinologia, otologia etc. p. 67—71. 1886.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

## d. Diphtheritis und Croup.

55) **Wulfsberg** (Christiania). **Die Lehre des klassischen Alterthums von der Diphtheritis. (Den klassiske Oltids Laere om Halssyge.)** *Tidsskrift for praktisk Medicin. p. 299. 15. Sept. 1886.*

Eine Uebersetzung von Celsi de medicina lib. IV., Cap. VII.
SCHMIEGELOW.

56) **Axel Johannesen** (Christiania). **Ein Theil von neueren Arbeiten über Diphtheritis. (En Del nyere Arbeider over Difteri.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 40. p. 262. 1886.*

Eine orientirende Uebersicht über verschiedene in den letzten Jahren publicirte Arbeiten über Croup und Diphtheritis. SCHMIEGELOW.

57) **Cozzolino** (Neapel). **Statistik, Bakteriologie, öffentliche und private Hygiene bei der Diphtherie. (Conclusioni sulla statistica, batteriologia e sull' igiene pubblica e privata nella difteria.)** Piacenza. 1886.

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

58) **Spengler. Die Diphtherie-Stationen in Berlin, Hamburg, Paris und ihre Behandlungsmethoden.** *Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. S. 41. 1885—1886.*

S. besuchte die obengenannten Städte, um Diphtheriestudien zu machen. In Berlin hatte man in Bethanien eine Diphtheriemortalität von 55 pCt., von den Tracheotomirten genasen 25 pCt. In der Charité besteht keine Isolirung für Diphtheriekranke; solche werden deshalb auch häufig, wie Henoch schon angiebt, von anderen acuten Infectionskrankheiten getödtet, deshalb hatte Henoch auch nur 18 pCt. Heilungen der Tracheotomirten, während im Lazarus-Krankenhause 45 pCt. genasen.

In der Charité pinselte man mit Papayotin, in den anderen Krankenhäusern lässt man gurgeln, spritzen und inhaliren mit membranlösenden und desinficirenden Mitteln, giebt ausserdem Kali chloricum innerlich, kräftige Diät, Wein. In dem einen Theil der Krankenhäuser bevorzugt man die Tracheotomia superior, in dem anderen die inferior. — In Hamburg hatte man in den letzten Jahren 45 pCt. Todesfälle an Diphtherie; von den Tracheotomirten genasen 42 pCt. Die Behandlung bestand in Priessnitz-Eisumschlägen, Excitantien und dem permanenten Spray von 4 procent. Borwasser; gepinselt, gegurgelt, gespritzt wird nicht. — In Leipzig benutzte man den Eucalyptusspray, doch sind die Resultate nicht ermunternd. — In Paris bestehen verschiedene Insolirhäuser

für Diphtheriekranke; so auch im Hôpital des enfants malades. Trotzdem nahmen im letzteren seit Einrichtung der Isolirstation die Hausinfectionen ganz bedenklich zu, da die Oberärzte und Assistenten, welche die Diphtheriekranken behandeln, auch die anderen Patienten zu besuchen haben, während das niedere ärztliche Personal getrennt ist; eine gewiss deutliche Illustration der noch vielfach verbreiteten Behauptung, dass eine Verschleppung von Infectionskrankheiten durch gesunde Personen resp. Aerzte nicht stattfinde!! Die Behandlung ist eine sehr verschiedene; die sogenannten Specifica halfen aber nichts. Eine sehr beliebte Methode der Tracheotomie ist die Eröffnung der Trachea mit einem Schnitte resp. Stich; zur Verwendung kommen ferner vielfach schräg abgeschnittene Trachealcanülen. SCHECH.

59) **John Ferguson. Eine klinische Studie über 53 Fälle von Diphtherie. (A clinical study of 53 cases of diphtheria.)** *Canadian practitioner. Jan. 1887.*

Eine gut geschriebene Arbeit, aber, wie der Verf. selbst sagt: „Sie enthält wirklich nichts Neues." LEFFERTS.

60) **E. Mossin** (Petersburg). **Bericht über die Thätigkeit der Diphtheritis-Abtheilung des Nicolai-Kinder-Hospitals für das Jahr 1885. (Obsor dwischenia bolnich etc.)** *Trudi obschetwa Petersburg detskich wrat. 1886.*

Aus diesem sehr genauen und interessanten Rechenschaftsbericht wollen wir nur einiges herausnehmen und müssen hinsichtlich der genaueren Daten auf das Original verweisen. Im Verlaufe des Jahres 1885 wurden im Ganzen 121 Diphtheritiskranke stationär behandelt; davon starben 31. Zieht man von diesen 31 8 Todesfälle ab, wo der Tod in den ersten 24 Stunden erfolgte, so ergiebt sich eine Sterblichkeit von 20,3 pCt. Dieser so günstige Procentsatz gegenüber den anderen Kinderhospitälern Petersburg's lässt sich daraus erklären, dass im Nicolai-Hospital Kinder unter 4 Jahren nicht aufgenommen werden. Von den 121 Kranken litten an der fibrinösen Form 101 mit 17 pCt. Sterblichkeit, an der phlegmonös-septischen 10 mit 90 pCt. und in 10 Fällen handelte es sich um diphtheritischen Croup mit 40 pCt. Mortalität. Tracheotomirt wurden 2 Kinder, beide mit letalem Ausgange. Die Behandlung bestand in innerlichem Gebrauche von Liq. ferri, Kali chloric. und Ol. Terebinthin. und Excitantien. Breitete sich der Process auf den Kehlkopf aus, so wurde innerlich gegeben Sublimat oder Apomorphin, inhalirt Acid. lact., Natr. biboric., Acid. salylic. und reichlich Excitantien verabfolgt. LUNIN.

61) **Jonas Waern** (Stockholm). **Ueber das Auftreten von Diphtheritis und Croup in Schweden. (Om Difterins och Strypsjukans Uppträdande i Sverige.)** Stockholm. 1885.

Dem Referenten nicht zugänglich. SCHMIEGELOW.

62) **P. Smurra. Einige Betrachtungen über die Classification der Diphtheritis. (Alcune riflessioni sulla classifica delle difteriti.)** *Arch. internaz. di laringologia, rinologia, otologia etc. p. 85—99. 1886.*

Dem Referenten nicht zugänglich. KURZ.

63) **Jules Simon. Ueber larvirte Diphtherie. (De la diphthérie larvée.)** *Der practische Arzt. No. 52. 27. Oct. 1886.*

Differentialdiagnose zwischen intensiver catarrhalischer und pseudomembranöser Laryngitis. E. J. MOURE.

64) **James B. Clibborn** (Royal Navy). **Diphtherie der Scheide ohne Halsaffection. (Diphtheria of the vagina without the throat being affected.)** *Lancet. 6. Nov. 1886.*

Eine Mutter wurde von ihrem Kind, welches an Diphtherie litt, am rechten Handgelenk gekratzt. Nach wenigen Augenblicken erschienen Bläschen am Handgelenk mit Schwellung der Ellenbogen- und Achseldrüsen. Es bestand kein Fieber und der Hals war frei. Hierauf erschienen Bläschen an beiden Brustwarzen, und als sie verschwanden, zeigten sich Appetitlosigkeit und fötider Ausfluss aus der Scheide. Die Scheidenschleimhaut war geschwollen, secernirte Eiter und war stellenweise mit Pseudomembranen bedeckt. Hierauf entwickelten sich die Allgemeinsymptome der Diphtherie. und im Urin war Eiweiss vorhanden. Ein drohender Abort wurde durch grosse Gaben Opium zurückgehalten; Patientin genas sehr schnell und wurde von einem gesunden Kinde entbunden.

Innerlich waren Carbolsäure und Chinin gegeben worden. Die Vagina war in kurzen Zeiträumen mit Kal. permang. ausgewaschen und Lint, bestrichen mit Jodoform und Vaselin, eingelegt worden. A. E. GARROD.

65) **C. H. Porter. Studium der Diphtherie. (Study of diphtheria.)** *Jowa State Med. Reporter. p. 255. April 1886.*

Es wird nichts Neues geboten. Die Analyse von Fällen und von, von verschiedenen behandelnden Aerzten ausgedrückten, Ansichten bestätigen einfach bereits sichergestellte Thatsachen. LEFFERTS.

66) **Nöldechen. Diphtherie.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 33—36. 1886.*

N. schildert die gefürchtetete Krankheit aus eigenen Erlebnissen; er hält dieselbe für eine neue Erkrankung, welche den Menschen mehrmals befallen könne; die Assanirung des Bodens habe jedoch Einfluss auf die Verhütung resp. Ausbreitung der Epidemien. Der Pilz der Diphtherie soll zuerst nur locale Wirkungen haben, später erst Allgemeininfection bedingen. Mit köstlichem Humor fragt N., woher denn die hohen Diphtherie-Sterblichkeitsziffern des Reichsgesundheitsamtes kämen, da doch die meisten Diphtherieheilkünstler keine Todten zu beklagen hätten. Sehr treffend und sarkastisch sind auch seine Bemerkungen über die „neuen" Diphtherieheilmittel. N. selbst behandelt die Krankheit local und allgemein; zuerst giebt er auch wegen der Verstopfung Calomel, dann Chinin. Das Uebrige enthält nichts Neues. SCHECH.

67) **Goldschmidt. Kritische Bemerkungen zu Nöldechen's Artikel.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. S. 635—637. 1886.*

G. wendet sich hauptsächlich gegen die Localbehandlung von Diphtherie, so namentlich das von Nöldechen empfohlene Bepinseln; auch die übrigen Einwürfe sind schon hundert Mal gemacht und wieder referirt worden. Wer sich um die Details interessirt. mag das Original lesen. SCHECH.

68) **Nöldechen. Diphtherie. Entgegnung auf die kritischen Bemerkungen des Herrn** Dr. Goldschmidt. *Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 67. 1886.*

Verf. beharrt auf seinem Standpunkte, dass die Diphtherie zuerst eine locale Infectionskrankheit sei und später erst eine allgemeine werde; die Erscheinungen im Rachen hält er für die erste Aeusserung der Krankheit. Der Hauptkampf dreht sich um die Frage, ob die Diphtherie auch lokal behandelt werden solle und nicht blos allgemein; Verf. stellt sich auf Seite der Localtherapeuten. Näheres im Original. SCHECH.

69) **Cahnheim. Ob Diphtherie-Recidiv oder Reinfection?** *Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. S. 99. 1885—1886.*

Verf. bespricht 2 ätiologisch wichtige Fälle; der eine betrifft eine Familie von 5 Personen, welche 14 Tage, nachdem sie genesen, von Neuem wieder sämmtlich an Diphtherie erkrankten, während ein Kind starb; die Wohnung war, vielleicht mangelhaft, mit Carbol und Sublimat desinficirt worden. SCHECH.

70) **Böing** (Uerdingen). **Directe Uebertragung der Diphtherie vom Thier auf den Menschen.** *Deutsche Med. Wochenschrift. No. 32. S. 552. 1886.*

Fall von Diphtherie bei einem Mädchen, welches an Hühnerdiphtherie erkrankte Hühner dadurch hatte zum Fressen bringen wollen, dass sie den Schnabel derselben in ihren mit gekautem Brod gefüllten Mund steckte. B. FRAENKEL.

71) **D. Kleeblatt. Ueber den Temperaturverlauf, sowie das Vorkommen von Nasenbluten bei Diphtherie.** Erlanger Dissertation. 1886.

Die Beobachtungen sind in der Poliklinik von Prof. Penzoldt angestellt. Unter 84 Fällen fanden sich 1) 30 Mal (mit 4 †) vollkommene Fieberlosigkeit oder einen Tag leichtes Fieber nicht über 39,0°. 2) 17 Mal (mit 1 †) einen Tag Fieber über 39°; nicht über 2 Tage zwischen 38,0 und 39°, später Temperatur geringer oder normal. 3) 37 Mal (mit 7 †) anhaltend hohes oder mässiges Fieber. Nasenbluten wurde 16 Mal notirt. B. FRAENKEL.

72) **J. Gregg. Tonsillitis als Nachkrankheit der Diphtherie. (Quinsy as a sequel to diphtheria.)** *Trans. Med. Soc. West-Virginia. Wheeling. p. 329. 1886.*

Geschichte eines Falles. Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

73) **Otto Solbrig. Ueber nervöse Störungen nach Diphtherie.** Berl. Dissert. 1886.

8 Fälle von postdiphtherischer Lähmung aus der Poliklinik von Mendel. Bei 2 waren die Patellarreflexe trotz erheblicher sonstiger Störungen erhalten. B. FRAENKEL.

74) **Hyde** (Worcester). **Ein Fall Raynaud'scher Krankheit in Folge von Diphtherie. (Case of Raynaud's disease following diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 30. Jan. 1886.*

Der Fall betraf einen 48jährigen Mann. Drei Monate bevor er sich vorstellte, hatte er an Angina gelitten, auf welche eine Woche später plötzlich Stimmverlust folgte. Er war deshalb von einem Arzt behandelt worden, welcher meinte, dass er an Diphtherie gelitten habe. Drei Wochen später fand er eines Morgens, das seine Nase blau und geschwollen war; wenige Tage darauf waren auch die Fingerspitzen der rechten Hand und die Ohren in ähnlicher Weise ergriffen. In der darauf folgenden Woche wurden der linke Ring- und Zeigefinger

befallen und verursachten ihm grosse Schmerzen. Die dunkle Verfärbung breitete sich über die Finger aus und ging nachher auf die mittleren Gelenke zurück. Später erkrankten auch einige Zehen. Am Rande der verfärbten Zonen zeigten sich Blasen mit trübem Serum, jedoch keine deutliche Demarcationslinie. Es bestand weder eine sensible noch motorische Lähmung. Der Urin enthielt Albumen. Die weissen Blutkörperchen waren im Blut enorm vermehrt.

Es lösten sich schliesslich die Schorfe von den Ohren und Zehen ab und da H. fand, dass sich eine Demarcationslinie entwickelt habe, so amputirte er die gangränösen Finger.

Zweifellos hatte Patient an Diphtherie gelitten. Andere Ursachen für die Gangrän waren ausgeschlossen. Der Fall war bemerkenswerth, 1) weil er sich in den Sommermonaten zeigte und 2) weil eine Schwellung vor der Schrumpfung der afficirten Theile auftrat. A. E. GARROD.

75) **R. Norris Wolfenden** (London). **Athetosis nach Diphtherie. (Athetosis occurring after diphtheria.)** *Practitioner. Dec. 1886.*

Ein 18jähriges Mädchen hatte im November 1884 an schwerer Diphtherie gelitten, war aber genesen. Sie litt dann einige Tage an brennenden Schmerzen im rechten Arm und Bein, und später zeigte sich ein geringer Kräfteverlust im rechten Bein, der jedoch nie zur Paralyse führte. Sie hatte auch Taubheit und ein Gefühl von Nadelstechen in den Fingern und Zehen der rechten Seite.

Die Patientin wurde eigensinnig und schwer zu regieren. Die Mutter behauptete, dass, nachdem das Halsleiden geheilt war, der rechte Fuss und die Finger der rechten Seite beständig „in schüttelnder Bewegung" sich befanden. Das Gefühl war sowohl im Arm wie im Bein ungeschwächt.

Die Bewegungen bestanden in langsamen alternirenden Flexionen und Extensionen der Finger und Zehen mit Abduction der Finger und des Daumens und zeitweiligem Krampf des Arms. Das Bein wurde beim Gehen nachgeschleppt. Es bestanden die Zeichen der Athetose, nicht der Chorea.

Die Familie war etwas neurotisch belastet.

Patientin genas völlig in einem Monat unter dem Gebrauch von Eisenchlorid und reichlicher Nahrung. A. E. GARROD.

76) **Dubrisay. Angina diphtheritica bei einem 12jährigen Kinde; consecutive Paralyse; Tod. (Angine diphtheritique chez un enfant de 12 ans, paralyse consécutive; mort.** *Union méd. 29. Mai 1886.*

Verf. glaubt, dass das von seinem Croup geheilte Kind einer Alteration der motorischen Centren des Bulbus erlag. Die Autopsie konnte nicht gemacht werden. E. J. MOURE.

77) **V. Tedeschi** (Triest). **Eine rationelle Behandlung der Diphtherie. (Di un trattamento razionale della difteria.)** *Rivista Veneta di scienze mediche. III. p. 504. 1885.*

T. empfiehlt die Galvanocaustik (in Deutschland von Bloebaum empfohlen), die dann hilft, „wenn die Allgemeininfection noch nicht stattgehabt hat". Die

Hitze vernichtet die Microorganismen. Gute Erfolge des Verf. bei einem übrigens kleinen Material. KURZ.

78) **Leslie Philipps** (Birmingham). **Ueber die Identität des membranösen Croup und der Diphtherie. (On the identity of membranous croup and diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 5 Juni 1886.*

P. erzählt, wie er ein Kind tracheotomirte, das offenbar an membranösem Croup litt. Es bestand niemals eine Schwellung der Halsdrüsen.

Mitten in der Nacht wurde das Kind plötzlich von Dyspnoe befallen. Während der Operation floss etwas Blut in die Trachea, welches der Assistent ohne Nachtheil aufsog. Nichtsdestoweniger bildete sich an dem Praeputium und der Glans penis eines Kindes, bei welchem an demselben Nachmittag die Circumcision gemacht wurde, eine Membran. P. meint, dass die Uebertragung der Infection durch eine Hohlsonde stattgefunden habe, welche zwar so sorgfältig wie gewöhnlich gereinigt wurde, aber in der Eile in heissem, statt in kochendem Wasser — wie es P.'s Gewohnheit war — abgewaschen worden war.

P. schliesst daraus, dass zwischen Diphtherie und membranösem Croup kein Unterschied besteht und meint, dass die Schwellung der Halsdrüsen bei der infectiösen Angina keineswegs ein so wichtiges Symptom sei, wie man annimmt. A. E. GARROD.

79) **David Phillips. Echter Croup. (True croup.)** *New-York Med. Journ. 25. Dec. 1886.*

Der Autor sagt: Ich kenne keine sichere Methode, durch welche der Croup von der Larynxdiphtherie unterschieden werden könnte, ausgenommen folgende: Ich nenne alle Fälle, welche die oben erwähnten Symptome haben, ohne dass eine Membran im Hals oder in der Nase sichtbar ist, Croup; ist eine Membran zu sehen, Diphtherie. Die Nothwendigkeit einer Differentialdiagnose tritt nicht sowohl bei der Behandlung als bei den Folgezuständen hervor, welche nach der einen Krankheit sich zeigen, nach der anderen aber nicht. — In der Behandlung hat er das meiste Vertrauen zum Calomel. LEFFERTS.

80) **A. Fränkel. Ein Fall von ausgebreitetem Croup des Larynx, der Trachea und der Bronchien.** *Charité-Annalen. Bd. XI. S. 196. 1886.*

Sowohl in den ausgehusteten Membranen als auch in den bronchopneumonischen Herden fanden sich zahlreiche Mikrococcen in Gestalt zierlich gewundener Ketten. F. glaubt deshalb, dass diese Pilze — Streptococcus pyogenes — die Ursache der genannten Veränderungen seien. SCHECH.

81) **J. Lewis Smith** (New-York). **Die Localbehandlung des pseudomembranösen Croup: Catheterismus des Larynx. (The local treatment of pseudo-membranous croup: Intubation of the larynx.)** *International Journal of the Medical Sciences. Oct 1886.*

Smith bespricht die verschiedenen gebräuchlichen Behandlungsweisen des Croup. Er urtheilt sehr günstig über alcalische Inhalationen mittelst Dampfzerstäubers in den frühen Stadien dieser Krankheit. Seine Lieblingsverordnung ist folgende:

Natr. bicarb. 8,0.
Aq. Calcar. 120,0.
Trypsin q. s.

d. h. soviel, als sich in Lösung hält, ohne das Rohr des Dampfsprays zu verstopfen.

Pilocarpin hält er nicht nur für zwecklos, sondern sogar für nachtheilig, da es die Secretion in den Luftwegen steigert und dadurch die Dyspnoe zu verstärken geneigt ist.

Der Catheterismus des Larynx, nach O'Dwyer ausgeführt, wird von ihm sehr warm als Ersatz für die Tracheotomie empfohlen. M'BRIDE.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

82) **Florand. Acute suppurative Kehlkopfentzündung; Tracheotomie. Tod. (Laryngite aigue suppurée; trachéotomie. Mort.)** *France méd. No. 13. 2. Febr. 1886*

Ein Mann von 51 Jahren klagte über den Hals und Schmerzen in der linken Schulter am 1. Mai. Am 5. wurde er ins Krankenhaus mit intensiver Dyspnoe und cyanotischem Gesicht gebracht. Die Untersuchung der Tiefe des Halses zeigte eine Röthe ohne Schwellung (!). Am anderen Morgen musste man tracheotomiren. Tod in der Nacht. Bei der Autopsie fand man eine oedematöse Infiltration der Ligam. aryepiglottica und der Stimmbänder; die Ventrikel waren verwischt; Hyperämie der Lunge, Eiter in der rechten Pleura. Die von Cornil vorgenommene histologische Untersuchung soll das Vorhandensein eines dem Pneumoniecoccus ähnlichen Microben ergeben haben.

E. J. MOURE.

83) **F. Massei** (Neapel). **Phlegmonöse Laryngitis. (Laringite flemmonosa.)** *Arch. ed atti della società italiana di chirurgia. II. p. 38—45. Roma, 1886.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

84) **S. Salomone-Marino. Primärer Kehlkopfabscess. (Ascesso primitivo della laringe.)** In des Autors *Stud. di med. clinica. p. 143—150. Palermo, 1885.*

Nicht zugänglich. KURZ.

85) **Masini** (Genua). **Seltene Kehlkopfcomplication der fibrinösen Pneumonie. (Una rara complicanza laringea della pulmonite fibrinosa.)** *Riforma medica. No. 107. 1886.*

Bei dem Kranken bestand Kehlkopfödem, durch welches das Lumen des Larynx auf ein Drittel reducirt wurde. Unter alcalischen Inhalationen Heilung. M. hält in diesem Fall den Kehlkopfprocess für eine Folge und Localisation desselben Agens, das die Pneumonie verursacht hatte. KURZ.

86) **Barbier. Bemerkung über die Ausbreitung der Masern auf den Kehlkopf in späteren Stadien. (Note sur les déterminations tardives de la rougeole sur le larynx.)** *Rev. mens. des mal. de l'enfance. Dec. 1886.*

Der Larynx kann in jeder Periode ergriffen werden. Anfangs handelt es sich um eine Fortflanzung des Nasen- und Augencatarrhs auf den Kehlkopf. Im

Stadium der Eruption kann das Masernexanthem auch das Stimmorgan befallen. Zu dieser Zeit kann man die Zeichen einer intensiven Laryngitis: Oedem, Krämpfe, Geschwüre, Abscess mit den dazu gehörigen Symptomen finden.

Diese Laryngitiden sind zuweilen so schwer, dass die Tracheotomie erforderlich ist, aber die Aussichten der Heilung sind, wie natürlich, viel grösser als beim Croup.

Es handelt sich wesentlich in diesem Artikel um eine gute Zusammenstellung dessen, was man über die Larynxcomplicationen bei den Masern weiss.

E. J. MOURE.

87) **F. Massei** (Neapel). **Chronisches traumatisches Oedem des Kehlkopfs. (Cronico edema della laringe per trauma.)** *Eco di Clin. I. p. 52—54. Napoli, 1886.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

88) **V. M. Reichard. Jaborandi bei Glottisödem. (Therapeutics of jaborandi in oedema of the glottis.)** *Coll. and Clin. Record. VII. p. 145. Philadelphia, 1886.*

R. hat dieses Mittel (hypodermatisch 40 Tropfen des Fluid-Extracts) in einem Fall von „Glottisoedem" nach einem Ausbruch von Eczema universale angewandt, und in weniger als 30 Minuten folgte Salivation mit Befreiung von der qualvollen Dyspnoe. In drei Fällen von Parotis mit „Glottisoedem" als Folge oder Complication brachte Jaborandi sofort vollständige Besserung. Er empfiehlt es auch bei Tonsillitis. LEFFERTS.

89) **W. Lublinski** (Berlin). **Ueber Laryngitis sicca sive atrophica.** *Dtsch. Medicinal-Zeitung. No. 99. 1886.*

Wiedergabe des Vortrags auf der Naturforscher-Versammlung, über welchen in diesem Blattte Nr. 7, S. 267, schon berichtet ist. B. FRAENKEL.

90) **De Lamallerie. Studie über die Larynxphthise. (Etude sur la phthisie laryngée.)** Gennat bei P. Marion. 1886.

Die Brochüre enthält nicht Neues; sie ist eine summarische Zusammenfassung dessen, was wir über diesen Gegenstand wissen. Sie bringt keine Literaturangaben, sondern mehrere eigene Beobachtungen des Verfassers und einige Tabellen, welche 502 Fälle von Lungentuberculose enthalten, bei welchen der Kehlkopf 222 Mal betheiligt war. E. J. MOURE.

91) **A. Cantani** (Neapel). **Diffuser Kehlkopfcatarrh. Infiltration der Regio arytaenoidea, wahrscheinlich tuberculöser Natur, mit folgender Lähmung der Crico-aryt. postici. (Catarro laryngeo diffuso. Infiltrazione della regione aritenoidea, probabilmente di natura tubercolare, consecutiva paralisi dei muscoli crico-aritenoidei posteriori.)** *Bollettino d. Cliniche. III. p. 2—5. Napoli, 1886.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

92) **Fargues. Lungen- und Kehlkopfphthise. (Phthisie pulmonaire et laryngée.)** *Revue méd. d'hydrologie et de climatologie. p. 67—72, 588. 1886.*

Ein balneotherapeutischer Artikel, in welchem Fargues zu Gunsten der Schwefelwässer plädirt, von denen er behauptet, dass sie die Tuberculose aufhalten.

Wie bekannt, vertreten wir schon seit langer Zeit die entgegengesetzten Ansichten. E. J. MOURE.

93) **Theodor Hering** (Warschau). **Ueber die Heilbarkeit tuberculöser Larynxgeschwüre.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 48. S. 851. 1886.* — **M. Schmidt. Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht.** *Ibidem. No 49. p. 871. 1886.* — **H. Krause** (Berlin). **Zur Therapie der Larynxphthise.** *Ibidem. No. 50. p. 893. 1886.* — **Theodor Hering** (Warschau). **Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Larynxtuberculose.** *Ibidem. No. 7. S. 126. und No. 8. S. 159. 1887.*

Es sind dies die Vorträge, die in der laryngologischen Section der Naturforscher-Versammlung gehalten worden sind, und über die wir in diesem Centralblatt No. 7 schon berichtet haben, in ausführlicher Wiedergabe. Im Anschluss daran bringt die Deutsche med. Wochenschr., No. 8, S. 160, 1887, auch einen wörtlichen Bericht über die Discussion, die sich auf diese Vorträge bezog. Wir ergänzen unseren Bericht nachträglich durch die Mittheilung, dass sich auch Schrötter (Wien) günstig über die Milchsäure-Behandlung aussprach.

B. FRAENKEL.

94) **F. Massei** (Neapel). **Tertiäre Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfs. (Sifilide tertiaria e tubercolosi della laringe.)** *Rivista clinica dell' Università di Napoli. No. 4. 1886.*

Bei einer 26jährigen Frau fand sich Schwellung und Ulceration der Epiglottis bei gleichzeitig bestehender Spitzeninfiltration. Diagnose auf Syphilis gestellt und bestätigt durch das Auftreten einer gummösen Geschwulst in Rachen. Zugleich werden aber in dem dem Larynx direct entnommenen Secret Tuberkelbacillen gefunden, so dass eine Combination von Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfs vorliegt. KURZ.

95) **Mara. Ueber die pharyngo-laryngealen Syphiliden.** *Archivio internaz. di lariogologia etc. Fasc. II. 1886.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

96) **Morra** (Neapel). **Ueber die pharyngo-laryngeale Syphilopathie und ihre Behandlung.** *Prelezione. Napoli, 1886.*

Dem Ref. nicht zugänglich. KURZ.

97) **E. Fränkel** (Hamburg). **Lues hereditaria des Kehlkopfs und der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 28. S. 490. 1886.*

Demonstration eines Präparats aus der Leiche eines 14jährigen Mädchens mit strahligen Narben an der Epiglottis, der hinteren Larynxwand etc.

B. FRAENKEL.

98) **Loreta** (Bologna). **Ueber die instrumentelle Dilatation der Stimmbänder in einem Falle von Laryngostenose. (Sulla divulsione istrumentale delle corde vocali in un caso di laringostenosi.)** *Raccoglitore medico. No. 16. 1886.*

L. spaltete in einem Fall von Laryngostenose in Folge von Syphilis Schild- und Ringknorpel unter subcutaner Cocainanästhesie und machte dann mit einem Dilatator die rapide Dilatation (Divulsione) der rigiden, geschrumpften, sich berührenden Stimmbänder. Nach der Operation wurde eine Tracheotomiecanüle ein-

gelegt, und der Kranke athmete ruhig. Vom 3. Tag an wurde die Canüle zeitweise entfernt zum Zweck der Sondenbehandlung. Es wurden dicke elastische Sonden von unten durch die Rima glottidis geführt. Vom 12. Tag an blieb die Canüle definitiv weg, die Wunde schloss sich und der Kranke war geheilt. KURZ.

99) **G. Cavazzanni. Narbige Stenose des Larynx. (Laringostenosi cicatriziale.)** *Rivista Vineta di Scienze mediche. III. p. 368. 1885.*

Die betreffende Nummer fehlt in der Bibliothek. KURZ.

100) **A. Koretzki** (Petersburg). **Ueber das Operationsverfahren bei Undurchgängiggängigkeit der Luftwege. (O nekotorich opero tiwnich priemach pri neprohodimosti dihatelnich putei.)** *Chirurg West. p. 416. 1886.*

1. Pat., dem im letzten serbisch-türkischen Kriege die Trachea durch eine Flintenkugel verletzt worden war und der seit der Zeit eine Trachealcanüle trug. merkte eines Tages, wie sich das tracheale Stück der Canüle ablöste und in die Trachea versank. Da in seinem Vaterlande in Serbien die Extractionsversuche zu keinem Resultate geführt hatten, so reiste er nach Petersburg und trat in das Marienhospital ein. Objectiv ergab die Untersuchung nichts ausser einer Bronchitis. Pat. klagte aber über häufige Erstickungsanfälle. Von Dr. Reyher, in dessen Abtheilung Pat. lag, wurden mit einem feinen Thermocauter die Weichtheile von der Trachealfistel bis zum Jugulum durchtrennt und die Trachea durch die ganze Länge der Wunde eröffnet. Darauf wurde der Pat. in fast verticale Stellung mit dem Kopfe nach unten gebracht, Dr. Reyher ging mit dem Finger in die Trachea und fühlte die Canüle aus dem rechten Bronchus hervorragen. Nach vielfachen vergeblichen Bemühungen gelang es endlich, während der Pat. mit dem Kopfe nach unten in verticaler Stellung gehalten wurde, die Canüle mit einer Zange zu fassen und nach 5 Jahre langem Verweilen in der Trachea resp. Bronchus aus demselben hervorzuziehen. Die grosse Trachealwunde verheilte schnell und Pat. wurde ganz gesund entlassen.

2. Einem 40 Jahre alten Manne wurde wegen Carcinoma linguae ein Theil der Zunge exstirpirt. Am 2. Tage nach der Operation bekam Pat. plötzlich einen Erstickungsanfall und konnte nur durch künstliche Respiration am Leben erhalten werden. Da es den Eindruck machte, dass eine Stenose der Luftwege vorlag, so wurde erst die Tracheotomie gemacht, dann die Trachea bis zum Jugulum gespalten und als die Stenose doch fortdauerte. so ging Dr. Reyher mit dem Finger in die Trachea hinein und fühlte gleich hinter dem Jugulum eine pulsirende Geschwulst, die die Trachea vorn und rechts comprimirte. Er lag also ein Aneurysma der Anonyma vor. Nach Einführung einer König'schen Canüle stellte sich die Athmung wieder her. Als nach einigen Monaten die Canüle entfernt wurde, musste eines neuen Anfalls wegen zum 2. Mal die Tracheotomie gemacht werden. 4 Monate nach dem ersten Erstickungsanfall trat die erste Blutung auf, der am nächsten Tage die zweite folgte, welcher der Pat. erlag.

3. Patientin leidet an luetischer Laryngostenose und croup. Pneumonie. Da die Stenose hochgradig wurde, wird Pat. tracheotomirt. Nach 7 Monaten stellt sich Pat. wieder vor und wird ins Marienhospital aufgenommen. Sie leidet an starken stenotischen Erscheinungen, doch die Stenose sitzt unterhalb der

Canüle in der Trachea. Pat. war im 4. Monate gravida. Es wird die Thermotomia trachealis longitudin., von der Trachealfistel bis zum Jugulum, gemacht. Man findet unterhalb der Canüle eine narbig verengte Stelle, wo das Lumen die Grösse eines Gänsekiels zeigt. Es wird eine König'sche Canüle ganz feinen Calibers hineingelegt, dann im Laufe der Zeit durch immer dickere ersetzt, bis die verengte Stelle das Vierfache ihres früheren Lumens erlangt hatte. Nach einigen Monaten stand Pat. die Entbindung bevor; die König'sche Canüle verhindert aber die Wirkung der Bauchpresse. Deshalb erhielt Pat. eine Canüle, die im unteren Theil, der in der stenosirten Stelle lag, aus Hartkautschuk bereitet war, im oberen Theile aber aus weichem Material bestand. Sobald nun Pat. den Kopf nach hinten hinüberbog, so wurde die Canüle durch Abkühlung in der weichen Stelle comprimirt, so dass die Luft im Thorax zurückgehalten werden konnte und die Bauchpresse so zur Geltung kam. Die Geburt ging normal von Statten.

Nach längeren epicritischen Bemerkungen macht Verf. auf folgende Sätze aufmerksam:

1. Die Bedeutung der Spaltung des ganzen zugänglichen Theils der Trachea, der Länge nach, bei Extraction von Fremdkörpern.
2. Der Vorzug des Thermocauters bei der Ausführung dieser Operation.
3. Die Möglichkeit der Digital-Untersuchung der Trachea bis zur Bifurcation.
4. Die Möglichkeit, ein Aneurysma anonymae durch Palpation zu diagnosticiren.
5. Die Bedeutung der verticalen Lagerung des Kranken, mit dem Kopfe nach unten, beim Extrahiren der Fremdkörper aus der Trachea.
6. Die Wichtigkeit der König'schen Spiralcanüle.
7. Die Bedeutung der weichen elastischen Gummicanülen bei Gebärenden.

Als Nachtrag ist noch eine 4. Krankengeschichte eines 21 Jahre alten Mannes hinzugefügt, wo es gleichfalls gelang, das abgebrochene und in die Trachea hinabgeglittene Stück der Canüle mit Leichtigkeit zu extrahiren, nachdem die Trachea bis zum Jugulum gespalten wurde und der Kranke in die verticale Lage mit dem Kopfe nach unten gebracht war. LUNIN.

101) **K. Orth. Zwei Fälle von Kehlkopfstenose.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 29. S. 503.*

Zwei Beobachtungen von Perichondritis laryngea nach Typhus aus dem Ambulatorium des Prof. Jurasz in Heidelberg. Der erste Fall ist eine Perich. cricoidea mit Anschwellung an der vorderen Wand der Platte. Der Patient musste tracheotomirt werden, wurde aber schliesslich durch Catheterismus geheilt, so dass die Canüle entfernt werden konnte. Auch im zweiten Falle musste tracheotomirt werden. Die Stimmbänder standen dabei permanent in Juxtapposition, so dass eine nähere Diagnose der unterhalb befindlichen Verhältnisse nicht gestellt werden konnte. Catheterismus hatte bisher nur geringen Erfolg, doch wird derselbe noch fortgesetzt. B. FRAENKEL

102) **A. Malfilatre. Zur Behandlung der Larynxstenosen nach gemachter Tracheotomie mittelst Bougirung. (Contribution au traitement des laryngosténoses après la trachéotomie.)** *Thèse. Paris, 1886.*

In dem ersten Capitel führt M. die Ursachen der chronischen Kehlkopfstenosen an und unterscheidet hierbei a) organische Stenosen, die durch Anhäufung chronisch entzündlicher Producte plastischer Natur entstehen; b) narbige Stenosen.

Der Catheterismus des Larynx vor ausgeführter Tracheotomie ist in Frankreich nicht üblich, sondern es wird bei eintretender Athemnoth vorerst tracheotomirt und erst hierauf eventuell die Bougirung des Kehlkopfes vorgenommen.

Verf. geht in einer historischen Skizze auf den Ursprung dieses Operationsverfahrens zurück und erwähnt, dass Bouchut im Jahre 1858 den Catheterismus des Larynx bei Croup an Stelle der Tracheotomie versucht habe, ein Verfahren, das später von Weinlechner wieder aufgenommen wurde und nun in Amerika geübt wird. Er betont, dass Liston im Jahre 1827 zuerst die Bougirung von der Trachealwunde aus und dass Boux (1856) zuerst von der Mundhöhle aus vorgenommen hat.

Hierauf giebt M. eine eingehende Beschreibung des Schroetter'schen Verfahrens der Bougirung mittelst der Zinnbolzen.

Er erinnert ferner an die Polypenzange Fauvel's, die zur Bougirung dienen kann, und erwähnt die dreiblättrige Zange Morell-Mackenzie's, das vierblättrige Dilatatorium Navratil's, das Whistler'sche Kehlkopfmesser und das vierblättrige Dilatatorium des Referenten, das den Vortheil besitzt, mit einer Hand allein benützt werden zu können.

Nachdem er noch die Laryngofissur, die Laryngotomia interna und externa, die in gewissen Fällen von Kehlkopfstenose zur Anwendung kommen können, besprochen hat, giebt er die von Hering gemachte Aufstellung von 36 nach der Schroetter'schen Methode behandelten Fällen wieder und meint, dass seither die Resultate dieser Methode sich wohl gebessert haben.

Zum Schlusse der These werden 5 detaillirte einschlägige Beobachtungen (2 Heilungen und 3 Besserungen) beigebracht.

Die Arbeit enthält einen ausführlichen bibliographischen Anhang.

E. J. MOURE.

103) **Boursier et Moure. Laryngotomia inter-cricothyreoidea wegen Larynxstenose, Dilatation, Aetzen mit dem Galvanocauter, Blutung. (Laryngotomie inter-cricothyroidienne pour un rétrécissement du larynx, dilatation, attouchement au galvanocautère, hémorrhagie.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 1. April 1886.*

Der Kranke trägt seit 26 Monaten die Canüle.

Ref. hat Dilatationsversuche gemacht mittelst der Schroetter'schen Zinnbolzen, musste aber wegen eintretender entzündlicher Symptome davon abstehen.

Beim Cauterisiren der Wucherungen im Kehlkopf trat einmal eine heftige Blutung auf.

E. J. MOURE.

104) **J. W. Batterham** (Wolverhampton). **Bruch (?) des Schildknorpels. Laryngotomie. Heilung. (Fracture [?] of thyroid cartilage. Laryngotomy. Recovery.)** *Lancet. 9. Januar 1886.*

Mittheilungen über einen in Behandlung von Manby befindlichen Fall. Der Mann, 64 Jahre alt, wachte erschreckt auf, sprang aus dem Bett und fiel, indem sein Hals gegen den scharfen Rand einer Stuhllehne aufschlug. Er bemerkte, dass „der Vorsprung in der Mitte des Halses" nach innen getrieben war und dass er beinah erstickt wäre, war aber noch im Stande, den Vorsprung mit Daumen und Zeigefinger zurückzuziehen.

Bei der Aufnahme klagte er über Dyspnoe, die zuweilen schlimmer wurde, Dysphagie, mässigen Husten und Auswurf blutig gefärbten Schleims. Der Larynx stand in der Mittellinie. Es besteht eine starke Schwellung und Ecchymosirung der rechten Seite des Schildknorpels, welche sich bis zur Mittellinie in gleicher Richtung mit dem Ligam. cricothyreoid. erstreckte. Wenn man den Larynx bewegte, war keine Crepitation vorhanden, aber die Bewegung verursachte Schmerzen; wenn man jedoch das Zungenbein berührte, waren keine Schmerzen da. Das Laryngoscop zeigte kein Oedem, noch irgend ein Hinderniss zwischen den Stimmbändern. Das rechte stand etwas näher zur Mittellinie als das linke; beide waren geschwollen. Die Stimme war heiser, In- und Exspiration waren geräuschvoll und die Intercostalräume waren eingezogen. Während eines heftigen Dyspnoeanfalls wurde die Laryngotomie gemacht und eine Schornstein-Canüle eingelegt.

Pat. machte eine gute Genesung durch und erlangte schnell die Fähigkeit, durch den Kehlkopf zu athmen, wieder. 14 Tage nach der Operation wurde er mit geheilter Wunde entlassen.

A. E. GARROD.

105) **Hofmann** (Wien). **Zur Kenntniss der Entstehungsarten von Kehlkopffracturen.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 44, 45. 1886.*

Gestützt auf 16 eigene Beobachtungen, auf die Literatur und auf Experimente kommt H. zu folgenden Schlüssen:

1. Fracturen des Kehlkopfes, insbesondere der grossen Schildknorpelhörner und der Spange des Ringknorpels, können, wenn derselbe nicht mehr seine jugendliche Elasticität besitzt, ausser durch Strangulation und Würgen mit der Hand noch durch verschiedene andere directe Gewalten entstehen.

2. Auch indirecte, mit Compression oder Zerrung des Kehlkopfes verbundene Gewalten können solche Fracturen veranlassen.

3. Insbesondere können indirecte Fracturen auch beim Durchschneiden des Vorderhalses und beim Sturze von einer Höhe entstehen; im ersteren Falle dann, wenn das Werkzeug nicht genügend scharf oder plump war, oder wenn zunächst der verknöcherte Kehlkopf getroffen wurde, beim Sturze aber namentlich dann, wenn derselbe auf den Kopf erfolgte.

Ohne auf alle Details einzugehen, möchte ich nur hervorheben, dass beim Erhängen der Bruch der oberen Schildknorpelhörner gewöhnlich durch Zug an dem Lig. hyo-thyreoid. laterale entsteht. In Bezug auf andere Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden.

CHIARI.

106) F. Egidi (Rom). **Beitrag zur Tracheotomie-Statistik. (Contributo alla statistica delle tracheotomie.)** *Archivii it. di Laringologie. Fasc. 3 e 4. 1886.*

8 Tracheotomien mit 50 pCt. Heilungen. E. zieht die classische Methode der rapiden nach S. Germain und das Messer dem Paquelin vor. Er räth, die Trachea vor der Incision anzuhaken und empfiehlt zur Einführung der Canüle das Dilatatorium mit zwei Branchen. Ausführliche Beschreibung der Fälle.

KURZ.

107) **Benton. Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *Glasgow Med. Journal. Oct. 1886.*

In einer Sitzung der Glasgow Medico-Chirurgical society beschrieb Benton einen Fall von Tracheotomie bei einem Kinde nach Entfernung einer Busennadel, welche zwischen Trachea und Oesophagus gelegen war.

M'BRIDE.

108) **Villette. Beobachtungen von Tracheotomie. (Observations de trachéotomie.)** *Bulletin méd. du Nord. No. 6. Juni 1886.*

V. theilt eine Statistik von 27 Tracheotomien mit, von denen 25 wegen Croup und 2 wegen Glottisoedem gemacht wurden und beschreibt sein Operationsverfahren. Von einer laryngoscopischen Untersuchung ist in der Arbeit nicht die Rede. — Vierzehn der Operirten starben.

E. J. MOURE.

109) **Nuvoli-Egidi. Tracheotomie. (Tracheotomia.)** *Riforma medica. 27. Sept. 1886.*

Nuvoli berichtet in der Sitzung der Società lancisiana degli ospedali di Roma über einen dringenden Fall, in dem er die Tracheotomie nur mit Bistouri und Finger ausführte. Die Schwierigkeit liegt für ihn in solchen Fällen nicht im Mangel an Instrumenten, sondern in der Furcht vor der Blutung, bezüglich deren er an den Ausspruch Trousseau's erinnert, dass das beste blutstillende Mittel die Eröffnung der Trachea sei.

In der gleichen Sitzung referirt Egidi über 8 Fälle von Tracheotomie und spricht über die Nachbehandlung dieser Operation, die als eine lebensrettende jeder Arzt auszuführen im Stande sein sollte.

KURZ.

110) **T. G. Morton. Bemerkungen über Tracheotomie. (Remarks on tracheotomy.)** *Philadelphia Med. Times. 1. Mai 1886.*

Ein practischer Artikel, der jedoch nichts Neues bringt.

LEFFERTS.

111) **Alexander F. Lee. Tracheotomie ohne Canüle. (Tracheotomy without tubes.)** *Weekly Med. Review. St. Louis, 18. Dec. 1886.*

Eine allgemeine Besprechung dieser Frage, gestützt auf des Autors Lectüre und seine Kenntniss der Methode in den Händen Anderer. — Der Artikel enthält nichts Neues.

LEFFERTS.

112) **W. Leonard Braddon (London). Ein praktischer Wink zur Ausführung der Tracheotomie. (A practical hint on the performance of tracheotomy.)** *Lancet. 20. November 1886.*

B. empfiehlt an Stelle der gewöhnlichen Methode zur Fixirung der Trachea für die Tracheotomie dem Operateur, die linke Hand über den Hals des Kindes weit ausgebreitet zu legen und die Haut nebst dem Unterhautgewebe allmälig

gegen die Mittellinie zu fixiren, indem man Daumen und Finger hinter dem Kehlkopf des Patienten einander nähert. Daumen und Finger können sich so fast hinter dem Larynx treffen, der dadurch in solcher Stellung gehalten wird, dass die grossen Blutgefässe nicht im Wege liegen, während die Trachea unter der Haut deutlich hervorragt.

Dieses Verfahren vermehrt die Dyspnoe des Kindes sehr wenig, während die alte Methode, wobei die Trachea niedergedrückt wird, leicht eine gefährliche Zunahme der Athembeschwerden erzeugen kann. A. E. GARROD.

113) A. R. Hutton (Manchester). **Blutung aus der Innominata nach der Tracheotomie. (Haemorrhage from the innominate after tracheotomy.)** *British Medical Journal. 4. December 1886.*

H. berichtet der Manchester Medical Society einen Fall, in dem 12 Tage nach der Tracheotomie eine tödtliche Blutung aus der Art. innominata eingetreten war.

Patient, ein Knabe von 1¼ Jahren, wurde mit einer seit drei Wochen bestehenden Bronchitis und Laryngitis (Diphtherie?) ins Krankenhaus aufgenommen. Am folgenden Tage wurde die Dyspnoe so bedrohlich, dass man tracheotomiren musste. Das Kind erholte sich sehr schnell, so dass es am 12. Tage ohne Canüle 4½ Stunden lang athmen konnte. In derselben Nacht trat eine heftige und unmittelbar tödtliche Blutung auf.

Bei der Autopsie fand man ein Geschwür in der vorderen Wand der Trachea, in gleicher Höhe mit dem unteren Ende der Canüle, welches die Art. innominata arrodirt hatte. A. E. GARROD.

114) J. Müller. **Beiträge zur Tracheotomie.** Bericht über 349 derartige im Hamburger Krankenhause ausgeführte Operationen. Altona, 1886. Kobner.

Dem Ref. unzugänglich. SCHECH.

115) Neudörfer. **Die Tamponade der Trachea.** *Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik. Heft 3. Bern, 1886.*

In Anbetracht der Vortheile, welche die Tamponade der Trachea neben ihrem gewöhnlichen Zweck auch bei Croup und anderen Kehlkopfkrankheiten bietet, wo sich Infectionsmassen von oben her über die Trachealwände ausbreiten können, hat N. eine billige Methode erfunden, mittelst welcher sich jeder Arzt eigenhändig aus jeder Trachealcanüle eine Tamponcanüle verfertigen kann. Als Material zu dem Kautschuksack nimmt er Cofferdam-rubber, welcher überall, wo es Zahnärzte giebt, leicht zu beschaffen ist, schneidet sich nach seiner Musterform eine Lamelle heraus, klebt dieselbe mit einer Klebemasse aus Guttapercha und Chloroform an die Canüle fest und zu einem dicht geschlossenen Sack zusammen, welcher nur oben zum Einführen des Füllstoffs offen gelassen wird. Als solchen verwendet er eine Mischung von Modellirwachs und Vaselin, da er das blosse Aufblasen des Sackes wegen der Diffusion der Gase durch den Kautschuk hindurch für weniger geeignet hält. Indessen schlägt er gerade wegen dieser Eigenschaft des Kautschuks vor, unter Umständen heilsam wirkende Gase, z. B. Sauerstoff, zu verwerthen.

Aus dem Aufsatz ersieht man nicht, ob Verf. diese Methode schon erprobt

hat und der Leser wird wohl nur nach eigenem Versuch über dieselbe urtheilen können. JONQUIERE.

116) Champneys (London). **Ueber einige Producte bei der Handhabung der künstlichen Respiration in Fällen von Todtgeburt und bei anscheinendem Tode nach der Tracheotomie. (On some points in the practice of artificial respiration in cases of stillbirth and of apparent death after tracheotomy.)** *International Journal of the Medical Sciences. April 1886.*

Dieses Werk würde kaum im Centralblatt notirt werden, wenn nicht der Autor am Ende desselben sich auf seine früheren Untersuchungen über die Wirkungen der künstlichen Athmung nach der Tracheotomie bezogen hätte. Denn der grösste Theil der Abhandlung beschäftigt sich mit der Wiederbelebung todtgeborener Kinder und hat viel mehr Interesse für den Geburtshelfer als für den Laryngologen. M'BRIDE.

117) W. Briggs. **Ein neuer Dilatator bei der Tracheotomie. (A new tracheotomy dilator.)** *Texas Courrier Record of Medecine. Juli 1886.*

Es kommt kein neues Princip zur Anwendung. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

118) R. W. Lorett. **Späte Entfernung der Canüle; Aufführung einiger Fälle. (The delayed removal of tracheotomy tubes with cases.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 22. Juli 1886.*

Unter ca. 300 Tracheotomien in dem Boston City Hospital gab es nur 4 Fälle, welche diese Schwierigkeit darboten.

In diesen Fällen wurde die Canüle, trotz wiederholter Versuche, sie zu entfernen, verschieden lange, zwischen 3 Wochen und 2 Jahren getragen. Verf. bespricht die Ursachen dieser Schwierigkeit und führt als solche folgende an: 1) Granulationen der Trachea, 2) Glottiskrampf, 3) postdiphtheritische Lähmung. 4) Einsinken der Trachealwände und Narbencontraction des Larynx und der Trachea.

Er empfiehlt als die rationellste und erfolgreichste Behandlung die Beseitigung des Fensters in der Canüle und die Substitution immer kleinerer Canülen mit Ueberwachung des Patienten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) Edmund Souchon. **Ungewöhnliche Retention einer Tracheotomiecanüle. (Unusual retention of a tracheotomy canula.)** *New Orleans Med and Surgical Journal. Juli 1886.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

120) Bennett (Dublin). **Veränderungen des Larynx im Gefolge einer Laryngotracheotomie. (Laryngeal changes subsequent to laryngo-tracheotomy.)** *The Dublin Journal of Medical Science. August 1886.*

B. zeigte auf einem Meting der Irish Academy of Medecine den Larynx eines Patienten, welcher 14 Jahre lang eine Tracheotomiecanüle getragen hatte. Der Larynx war abnorm klein, weitere Details werden jedoch nicht angegeben. Nach B. war bei diesem Präparat der Punkt von Interesse, ob Erwachsene, welche eine Canüle 3 oder 4 Wochen getragen haben, ihr ganzes Leben lang ohne Ausnahme

eine solche tragen müssen (!! Ref.). B.'s Patient hatte sich daran gewöhnt, durch die Canüle auszuspeien, während sie in situ war. M'BRIDE.

121) **J. Pauly** (Posen). **Die Ursachen der Granulationsstenose nach Tracheotomie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 44. 1886.*

P., einer der Ersten, die sich mit dem Gegenstande beschäftigten, kam in der chirurgischen Section der Naturforscher-Versammlung wieder auf die Granulationsstenosen der Trachea zu sprechen. Er schildert die Entstehung derselben so anschaulich, dass Ref. es sich nicht versagen kann, die betreffende Stelle seines interessanten Aufsatzes im Wortlaute wiederzugeben:

„Lassen Sie uns kurz zunächst den gewöhnlichen Vorgang nach der Tracheotomie betrachten. Die neu angelegte tracheotomische Incisionswunde belegt sich im besten Falle geradeso wie bei der offenen Wundbehandlung mit Exsudat. Nach mehreren Tagen fängt Cav. laryng. an abzuschwellen, endlich zu heilen; indessen beginnt allmälig, relativ spät, die tracheotomirte Wunde zu granuliren. Nun wird die Canüle entfernt, und es ist gleichgiltig, ob die granulirende Trachealwunde noch einige Tage durchgängig bleibt und sich allmälig schliesst.

„Gesetzt aber der Fall ist umgekehrt: Cavum laryng. schwillt nicht ab, die Canüle bleibt liegen, dabei lassen wir unerörtert, warum das Larynxinnere nicht abschwillt, es kann ja dies verschiedene Gründe haben. Nun versucht man die Canüle zu entfernen, es gelingt nicht oder, was schlimmer ist, es scheint gelungen, weil ja bekanntlich die tracheale Wunde klafft. Aber wenn diese verklebt, was ja rasch geschehen kann, oder die Ränder derselben sich durch den Luftdruck (Schüller) nähern, alsdann entsteht, da Cav. laryng. noch nicht durchgängig, Suffocation: es muss also die Canüle wieder eingelegt werden. Nunmehr sprossen vom oberen inneren Wundrande, wie ich es angab, vom druckfreien Punkte, wie es Völkers nannte, die Granulationen ins Lumen der Trachea, und es entsteht jener sonderbare, früher so schwer verständliche Symptomencomplex, den Koch erklärt hat: Cav. laryng. ist abgeschwollen, beim Zuhalten der Canüle schreit das Kind mit kräftiger Stimme, man fragt sich, was denn für ein Hinderniss da sein könnte, die Canüle definitiv zu entfernen; sie wird also entfernt und es geht anfangs gut. Die Trachealwunde klafft nämlich anfänglich genügend, und der doppelte Zufluss von Luft durch den natürlichen Weg und die lange offen gehaltene Trachea befriedigt das Respirationsbedürfniss des Kindes. Alles scheint gelungen. Der Granulationsknopf füllt noch lange nicht das Lumen tracheale aus und flottirt harmlos in der Trachea hin und her. Die Trachealwunde wird enger, die Inspiration wird lauter, den Erfahrenen warnend; die Trachealwunde schliesst sich. Unter dem Inspirationszug, wie Koch es betont hat, schwillt das gefässreiche Gebilde auf das Drei- und Vierfache seines Volumens und mehr an, so dass es endlich das Lumen der kindlichen Trachea vollkommen obturiren kann; das Kind erstickt. In wie kurzer Zeit dieser plötzliche Turgor der Granulationsklappe zu Stande kommen kann, besonders wenn begünstigende Umstände hinzukommen, wie z. B. in einem meiner Fälle die Rückenlage, habe ich erlebt. Ja, es verlohnt noch einmal zu wiederholen, dass auch nach definitiver Vernarbung ein kleines Granulom durch Wachsthum und obigen Circulus

vitiosus zu einer tödtlichen Verschlussklappe sich vergrössern kann. Es wird also — und damit glaube ich jede Granulationsstenose ein für alle Mal erklärt zu haben — der Granulationsexcess da entstehen, wo der gewöhnliche Turnus der Heilung sich umkehrt, wo, kurz gesagt, aus irgend welchem Grunde die Abschwellung des Larynxinnern sich verzögert, und das Tragen der Canüle weit über die beginnende Granulationsbildung an der trachealen Wunde sich unerlässlich erweist. Der Schluss aber, dass die Granulationsstenose nicht durch das Tragen der Canüle entstehen könne, weil ihre Entfernung schon am 5. Tage versucht worden sei, ist eine — Petitio principii. Nicht, weil die Granulationsstenose schon da war, konnte die Canüle am 5. Tage nicht entfernt werden, sondern weil sie wegen noch nicht freier Kehlkopfpassage liegen bleiben musste, entstand die Granulationsstenose."

Das längere Liegenlassen der Canüle werde durch besonders intensive Larynxerkrankung oder durch intercurrente Erkrankungen, z. B. Scharlach bedingt. Der richtige Moment zur Entfernung der Canüle sei durch das Freisein des Larynx gegeben, insbesondere durch das Freisein nicht nur der Sprache, sondern auch der Athmung. B. FRAENKEL.

122) **Jacobson** (Petersburg). **Eine Methode der Bronchoplastik.** *Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 33. Heft 3. 1886.*

Zu den mehrfach schon früher geübten und von Nelaton, Sédillot, Hueter beschriebenen Methoden, Bronchial-, sowie Urethralfisteln etc. zu schliessen, fügt Verf. eine neue, welche mit der von Léon Lefort die meiste Aehnlichkeit hat. Verf. schob von den seitlichen Rändern der Fistel von jeder Seite je eine Hautduplicatur bis zur völligen Annäherung der freien Ränder dieser Hautfalten; nach vorheriger genauer Fixirung der Hautstellen an ihrer Einbiegungsstelle mittelst Torsionshakenpincetten wurden durch die Basis jeder Duplicatur Drahtnähte gelegt, welche an kurz abgeschnittenen Stücken von Kautschukdrainagen fixirt wurden; durch die Lappen wurden 3—4 Mm. vom Rande entfernt, drei lange Drähte durchgeführt, aber vorerst nicht befestigt; dann wurde der mittlere Theil der drei durchgeführten Drähte in die Tiefe gegen die Trachea geschoben, die freien Kanten der gebildeten Falten an ihrer Umbiegungsstelle aufgefrischt; die Schnitte begannen oberhalb des oberen Endes der erwähnten Falten und endigten unterhalb ihres unteren Randes. Auf dem Theile der Haut, welcher von den Seiten durch die erwähnten Schnitte begrenzt wird und zwischen dem oberen Pole des Schnittes und dem entsprechenden Rande der Fistel liegt, wie auch auf dem unteren Winkel, wurden die oberflächlichen Schichten der Haut und der Narbe flächenartig abgetragen. Weder die Schnitte an den freien Kanten der Falten, noch die unter einem Winkel zusammentreffenden Schnitte oberhalb und unterhalb derselben drangen durch die ganze Dicke der Haut, so dass das subcutane Zellgewebe nirgends blosslag. Sodann wurden die zuerst angelegten 3 Nähte festgedreht und noch 7 oberflächliche Nähte angelegt; schliesslich wurden die 4 provisorischen, an der Basis der Hautfalten angelegten Nähte entfernt.

Beigegebene Holzschnitte machen die Operation verständlicher. Der so Operirte wurde ohne Spur von Luftfistel geheilt. SCHECH.

123) **W. W. French. Ein Fall von Halswunde mit Eröffnung des Kehlkopfs. (A case of cut-throat involving the larynx.)** *Weekly Med. Review. 23. Oct. 1886.*

Bericht über einen Fall, der therapeutisch jedoch keine neuen Züge darbietet. LEFFERTS.

## f. Schilddrüse.

124) **E. Schill** (Dresden). **Neuere Arbeiten über Kropf und dessen operative Behandlung.** *Schmidt's Jahrbücher. No. 5 u. 6. 1886.*

Treffliche und recht vollständige Zusammenstellung der im Laufe der letzten Jahre erschienenen Arbeiten über Kropf und dessen operative Behandlung, die wir allen denen, die sich über den Gegenstand genau zu informiren, resp. über denselben zu arbeiten wünschen, angelegentlichst empfehlen können. Sie werden die anatomisch-physiologische ebenso wie die miasmatische Seite der Frage, die experimentellen Untersuchungen über die Exstirpation der Schilddrüse ebenso wie die Thyroidectomie, die interstitiellen Injectionen etc. berücksichtigt finden. RED.

125) **Brüning. Ueber retropharyngo-oesophageale Strumen.** Dissertation. Würzburg, 1886.

Dem Ref. unzugänglich. SCHECH.

126) **Kolaczek. Ein seltener Fall einer zum Theil intrathoracalen Struma.** *Breslauer ärztl. Zeitschrift. No. 2. 1886.*

Der Tumor sass theils links aussen am Halse, theils erstreckte er sich unter das Sternum und die linke Clavicula und in das hintere Mediastinum. Der eine Theil stellte einen cystisch hypertrophischen, der andere einen carcinomatös degenerirten Kropf dar. Nach der Operation trat Heiserkeit in Folge Lähmung des linken Stimmbandes, sowie Verengerung der Lidspalte, Myosis, Verstrichensein der infraorbitalen Hautfalten (Lähmung des Halssympathicus) ein. SCHECH.

127) **Toison. Bluthaltige Colloidcyste der Schilddrüse, Beobachtung, histologische Besprechung. (Kyste colloïde hématique du corps thyroide, observation, analyse histologique.)** *Journal des sc. méd. de Lille. 20. August 1886.*

Nach einigen Worten über die Etymologie des Wortes Kropf berichtet T. den Fall einer 51jährigen Frau, welche nach vorgängiger Ligatur der Art. thyreoidea beim Eintritt derselben in den Tumor operirt worden war. Es folgt eine Abbildung und ausführliche histologische Beschreibung der Cyste und der in ihr enthaltenen Flüssigkeit. E. J. MOURE.

128) **Leplat. Cyste der Schilddrüse. (Kyste du corps thyroïde.)** *Journal des sc. méd. de Lille. p. 590. 20. Juli 1886.*

Der Tumor wurde von Duret mit günstigem Erfolg exstirpirt. E. J. MOURE.

129) **Pantlen. Fall von plötzlichem Tod durch Zersprengung einer Kropfcyste.** *Med. Correspondenzblatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 29. 1886.*

Ein Arbeiter stiess seine 72jährige Schwiegermutter mit dem Ellbogen auf die vordere Fläche des Halses; dieselbe fiel sofort um und starb nach einer halben

Stunde. — Bei der Section fand sich ein reichlicher Bluterguss aus den erweiterten Gefässen der Kropfcystenwand, welcher einestheils auf Luftröhre und Halsgefässe comprimirend gewirkt und anderentheils durch starken Erguss in den rechten Brustraum die Athmungsfähigkeit der rechten Lunge gehemmt und eine acute Blutleere in den übrigen Organen, so namentlich im Gehirn herbeigeführt hatte.

SCHECH.

130) **Guillet. Tumor der Schilddrüse. Tod. Section. (Tumeur du corps thyroide. Mort. Autopsie.)** *Société anatom. de Paris. 14. Mai. — Progrès méd. 9. Juli 1886.*

Es handelte sich um einen Kropf, welcher durch interstitielle Jodinjectionen behandelt worden war. $1^1/_2$ Jahre nach Aufhören der Behandlung Auftreten von Entzündungserscheinungen, Schluckbeschwerden, Sprachstörungen; keine laryngoscopische Untersuchung und schliesslich Tod wahrscheinlich durch Compression der Trachea. Verf. betont besonders die Lage und Structur des Kropfes, er enthielt einen aneurysmatischen Sack.

E. J. MOURE.

131) **C. J. Fox. Ergotin subcutan gegen Kropf. (Ergotine hypodermically in bronchocele.)** *New-England Med. Monthly. V. p. 496. 1885/86.*

Bericht eines einfachen Falles, welcher durch obiges Mittel geheilt wurde.

LEFFERTS.

132) **J. D. Ely. Phytolacca decandra zur Behandlung des Kropfes. (Phytolacca decandra in the treatment of bronchocele.)** *Med. Age. Detroit. IV. p. 439. 1886.*

Das Mittel wird intern gegeben und local auf die Schilddrüse applicirt (die Tinctur soll frisch bereitet werden). Der Autor erklärt, dass er, nachdem er alle Mittel, welche von gelehrten Autoritäten empfohlen werden, angewandt und ihre Wirksamkeit mit der der Phytolacca verglichen habe, letztere bei Weitem vorziehe. In seinen Händen habe sie nie verfehlt, alle Fälle von Kropf zu heilen, welche durch irgend ein Mittel heilbar waren.

LEFFERTS.

133) **O. E. Haven. Kropf mit Carbolsäure behandelt. (Goitre treated by carbolic acid.)** *Weekly. Med. Review. XIV. p. 288. St. Louis, 1886.*

Die Methode des Autors besteht darin, 20—35 Tropfen einer 5proc. Carbollösung 1—2 Mal die Woche in die Drüsensubstanz zu injiciren. Er behauptet, gleichmässigen Erfolg bei seiner Anwendung erzielt zu haben.

LEFFERTS.

134) **Notta** (Lisieux). **Behandlung der Hypertrophie der Schilddrüse durch interstitielle Injectionen. (Traitement de l'hypertrophie du corps thyroide par les injections interstitielles.)** *Normandie méd. p. 337. 1885/86.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt.

E. J. MOURE.

135) **Duguet. Kropf und interstitielle Jodbehandlung. (Goitre et médication iodée interstitielle.)** G. Steinheil. Paris, 1886.

Die Arbeit Duguet's stützt sich auf 34 Fälle und enthält zum Schluss folgende Sätze:

1. Wenn der Kropf parenchymatös oder selbst cystisch ist, vorausgesetzt, dass er erst kurze Zeit besteht, so hat er alle Aussichten, radical und schnell durch Injectionen mit Jodtinctur geheilt zu werden.

2. Ist der Kropf parenchymatös oder sogar cystisch, so hat er, wenn er alt

und noch mehr, wenn er in Degeneration begriffen ist, alle Aussichten, verkleinert zu werden; bessere im ersteren, geringere im zweiten Fall. In allen Fällen wird er aber durch wiederholte Jodinjectionen merklich gebessert.

3. Einige Fälle dieser Categorie bleiben jedoch absolut unberührt, und diese sind einer radicaleren Operation zu unterwerfen, nämlich der Exstirpation.

4. Welche Resultate man auch mit der Jodinjection erhalten möge, die Methode von Luton bleibt eine absolut unschädliche und ist von wunderbarer Wirkung, wenn man sie mit Verständniss in den dazu geeigneten Fällen anwendet.

E. J. MOURE.

136) **William Webb. Weitere Beobachtungen über den „Derbyshire-Hals" (Kropf). (Further observation upon the „derbyshire neck".** *Brit. Med. Journal. 10. April 1886.*

In dieser seiner zweiten Arbeit theilt W. die Resultate mit, welche er bei den verschiedenen Behandlungsarten der Struma erhalten hat. Die Jodinjection fand er keineswegs erfolgreicher als die äusserliche Application von Jodtinctur. Er ist auch gegen die Injection von Eisenchlorid in die Cyste, da er Druck auf den Recurrens und Abductorparalyse fürchtet. Er findet keine bessere Behandlungsmethode als die alte mit Jod, innerlich und äusserlich angewandt.

Die Exstirpation hält er in einem strumafreien District und bei jungen Personen für vortheilhaft, sobald der Process frisch und keine Erblichkeit vorhanden ist, besonders wenn die Krankheit erst nach dem Eintreffen in den District auftrat. Bei lang bestehenden Fällen und da, wo hereditäre Tendenz vorliegt, verspricht er sich von der Exstirpation wenig Nutzen.

Die Basedow'sche Krankheit findet W. in Derbyshire selten. Er ist nicht der Ansicht, dass die Krankheit von der Wasserversorgung abhängig sei und wirft die Frage auf, wieso die Männer eine viel grössere Immunität als die Frauen besitzen. Er theilt auch die französische Ansicht nicht, dass Eisensulfid im Wasser die Krankheit erzeuge.

Er findet, dass in 90 pCt. der Fälle die Vergrösserung in der Pubertätsperiode beginnt, und er meint, dass die Blutzunahme in dieser Periode bei Frauen, welche prädisponirt sind, eine vermehrte Zellenproduction in dem Bindegewebe der Drüse hervorrufe, oder dass die Schwellung einer oder mehrerer Vesikel zur cystischen Form der Krankheit führe.

Die Krankheit wurde meist in der arbeitenden Klasse gefunden, obwohl sie sich nicht auf sie beschränkt. Sie kommt auch bei solchen Personen vor, deren Vorfahren unter einander geheirathet haben.

Sie ist jetzt weniger häufig als vor 30 Jahren, trotzdem dasselbe Wasser getrunken wird. Die Eisenbahnverbindung veranlasst zum Reisen und vermindert die Heirathen unter einander; während der bessere Lohn eine bessere Ernährung als früher gestattet. W. spricht zum Schluss seine Ansicht dahin aus, dass man nach dem Verhältniss der gegenwärtigen Abnahme behaupten könne, dass in einer künftigen Generation der Kropf fast ganz aus Derbyshire verschwinden werde.

A. E. GARROD.

137) **Jäger. Communications sur quelques cas de goitre observés au service de M. le Prof. Boeckel.** *Gazette méd. de Strassbourg. XV. p. 109—115. 1886.*

Das Journal war dem Ref. nicht zugänglich. SCHECH.

138) **Garré** (Basel). **Die intraglanduläre Ausschälung der Kropfknoten.** *Centralblatt für Chirurgie. No. 45. 1886.*

Bei der grossen Gefahr, welche die Totalexstirpation der Kröpfe mit sich bringt, empfiehlt G. das von Socin in 50 Fällen geübte Verfahren der intraglandulären Ausschälung der erkrankten Schilddrüsenpartien. Das Verfahren ist dasselbe wie es bisher bei Kropfcysten geübt wurde; es wird gerechtfertigt durch die Thatsache, dass sehr häufig die erkrankten Partien der Thyreoidea circumscripte Knoten vorstellen, die durch eine verschieden dicke Kapsel von den gesunden getrennt sind; schwierig ist die Auffindung dieser Kapsel, wenn vor derselben gesundes Gewebe liegt; man kann von einer Incision aus 2 und mehr Knoten ausschälen, die Blutung ist in der Regel gering und durch Compression stillbar, aber stark, wenn vorher gesundes Gewebe durchtrennt werden muss. Der N. recurrens kann stets geschont und Cachexia strumipriva vermieden werden, da nur die kranken Theile exstirpirt werden; auch in kosmetischer Hinsicht bietet die Operation Vortheile. Näheres ist im Original nachzusehen. SCHECH.

## g. Oesophagus.

139) **Berns. Mittheilungen aus dem Bürgerhospital von Amsterdam. 2 Oesophagotomien. (Mededeelingen uit het Burger-Ziekenhuis te Amsterdam. 2 Oesophagotomiën.)** *Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 4. 1886.*

Die zwei Oesophagotomien wurden in Folge derselben Ursache: Verschlucken eines künstlichen Gebisses aus vulkanisirtem Kautschuk für den Oberkiefer, welches beide Mal in der Höhe der Cartil. cricoidea im Oesophagus eingekeilt war. vorgenommen und zwar mit der gewöhnlichen, ca. 7 Ctm. langen Incision links von der Cartilago cricoid. zwischen Sternocleidomast. und Trachea mit nach rechts abgewandtem Kopfe. Trotz der schweren Extraction des Fremdkörpers war der Patient im ersten Falle nach 3 Wochen vollständig geheilt, im zweiten Falle, wo die Oesophaguswunde mehr lädirt worden war, zog sich die Heilung 3 Monate in die Länge. Der günstige Erfolg in beiden Fällen wird vom Autor nicht am wenigsten dem Umstande zugeschrieben, dass vor der Operation keine oder doch nur sehr vorsichtige Extractionsversuche vorgenommen worden waren. BAYER.

140) **Dubrueil. Extraction eines Fremdkörpers aus dem Oesophagus. (Extraction d'un corps étranger de l'oesophage.)** *Gaz. hebdomad. de Montpellier et Cour. méd. 6. September 1886.*

Der zur Extraction eines eingekeilten Knochens eingeführte Graefe'sche Korb konnte nur mit sehr grossen Schwierigkeiten zurückgezogen werden. Dabei kam auch der Fremdkörper heraus, ohne irgend welche Nachtheile im Gefolge zu haben. E. J. MOURE.

141) **Hugh Armstrong** (London). **Einkeilung eines Fremdkörpers im Oesophagus. Laryngotomie, Tracheotomie. Heilung. (Impaction of a foreign body in the oesophagus. Laryngotomy, tracheotomy. Recovery.)** *Lancet. 21. August 1886.*

Ein 12jähriger Knabe wurde von seinem Vater ins Krankenhaus gebracht mit der Angabe, dass er während des Mittagsessens in Erstickungsnoth umfiel. Als A. den Patient sah, war er unempfindlich, sehr cyanotisch und machte starke Inspirationsanstrengungen. Hinten im Munde konnte nichts gefühlt werden. Es wurde sofort mit einem Federmesser die Laryngotomie gemacht. Da die Oeffnung nicht ausreichend erschien, so wurde tracheotomirt und eine Canüle eingelegt. Der Knabe erholte sich schnell. $^1/_4$ Stunde später konnte in der Narcose mit dem Finger Nichts gefühlt werden. No. 6 des englischen Catheters wurde hierauf durch den Pharynx in den Oesophagus geleitet und, als das Instrument zu zwei Dritteln seiner Länge verschwunden war, fühlte man ein Hinderniss, welches abwärts in den Magen gestossen wurde. Als der Knabe von der Narcose sich erholte, brach er ein grosses Stück Fleisch aus, ca. 2 Ctm. breit und $1^1/_2$ Ctm. dick. Es wurde ein Croupzelt über seinem Bette errichtet. Die Wunde schloss sich vollständig und die Stimme des Knaben erreichte in einer Woche ihre Stärke wieder. Es werden zwei Erklärungen gegeben. Das Stück Fleisch kann entweder zum Theil über dem Aditus ad laryngem gelegen haben, oder es lag ganz hinter dem Larynx und bewirkte reflectorisch Glottiskrampf.

Es ist zu bedauern, dass eine laryngoscopische Untersuchung nicht möglich war. A. E. GARROD.

142) **W. J. Cant** (Lincoln). **Einkeilung eines Stücks einer Zahnplatte im Oesophagus, Abgang derselben per vias naturales. (Part of tooth plate impacted in the oesophagus and afterwards passed naturally.)** *Lancet. 17. Juli 1886.*

Eine 65jährige Frau verschluckte ungefähr $^1/_3$ einer Zahnplatte, als sie ein Stück Kuchen ass. Es bestanden grosse Schmerzen, wenn man auf den Hals unterhalb des Ringsknorpels drückte. Eine Fischbeinsonde, welche in den Oesophagus eingeführt wurde, wurde in 18 Ctm. Entfernung aufgehalten. Ein Münzenfänger fing den Rand der Platte, welche er umdrehte, ohne dass sie jedoch herausgezogen werden konnte. Verschiedene Zangen versagten gleichfalls; nach 2 Stunden wurden verschiedene andere Versuche gemacht. Am folgenden Morgen behauptete Patientin, dass die Platte in den Magen gelangt sei, hatte jedoch noch grosse Schmerzen beim Schlucken. Sie musste sich ruhig verhalten und durfte nur Mehlspeisen zu sich nehmen. Drei Tage und drei Stunden, nachdem sie das Stück der Platte, welches einen Haken an einem Winkel hatte, verschluckt hatte, ging dasselbe per anum ab. A. E. GARROD.

143) **Sir William Mac Cormac** (London). **Einkeilung einer Zahnplatte im Oesophagus. Gelungene Entfernung derselben durch Oesophagotomie. (Tooth plate impacted in the oesophagus. Successful removal by oesophagotomy.)** *Lancet. 29. Mai 1886.*

Patientin, 31 Jahre alt, verschluckte einen Satz künstlicher Zähne, welche an eine Silberplatte befestigt waren, während eines epileptischen Anfalls. Als

sie zum Bewusstsein kam, hatte sie etwas Dyspnoe und Dysphagie. Ein Brechmittel vermochte ebensowenig, wie die Zange, die Platte zu entfernen.

Bei ihrer Aufnahme in das St. Thomas-Hospital fand man, dass eine Bougie ca. 19 Ctm. von den Zähnen entfernt aufgehalten wurde. Der Schmerz wurde auf eine Stelle, welche 3 Ctm. unter dem Ringknorpel lag, bezogen. Wiederholte Extractionsversuche mit den verschiedensten Zangen missglückten; während eines Versuches wurde ein halber Zahn von der Platte losgebrochen und extrahirt. Weitere Bemühungen wurden bis zum folgenden Tage verschoben.

Nachdem Patientin chloroformirt worden war, konnte mit einer eingeführten Oesophagussonde der Fremdkörper deutlich gefühlt werden. Es wurde nunmehr eine 12 Ctm. lange Incision längs des vorderen Randes des linken Sternocleidomastoideus, $1^1/_2$ Ctm. von der Incisura sterni entfernt, gemacht. Die Gewebe wurden so weit gespalten, bis man den Muskel erreichte und die Wundränder wurden auseinandergezogen. Die vordere Jugularvene und die Schilddrüse wurden bei Seite geschoben. Die Carotisscheide wurde blossgelegt, der Omohyoideus durchschnitten und die Gefässe mit einem Finger beiseite geschoben. Nachdem man den Sternohyoideus ungefähr auf die Hälfte gespalten und die Schilddrüse bis zur Mittellinie herangezogen hatte, wurde der Oesophagus blossgelegt; aber der Fremdkörper war nicht zu fühlen, auch nicht mit der Zange vom Munde aus. Es wurde jedoch eine ca. 2 Ctm. lange Incision auf der Zange gemacht, und durch dieselbe konnte man sehen, dass die Platte gegen die hintere Oesophaguswand eingekeilt war. Sie wurde leicht mit einer Zange entfernt. Hierauf wurde eine mit einer Elfenbeinkugel versehene Sonde eingeführt, um das Rohr gespannt zu erhalten, und die Schnittwunde im Oesophagus wurde mit drei Catgutsuturen vereinigt. Es wurden dann zwei mit 1 p.M. Sublimat desinficirte Drains eingelegt und die Hautwunde mit Seidennähten geschlossen. Die Wunde wurde mit Jodoform bestreut und mit Salicylwatte bedeckt. Patientin wurde nach der Operation vom Rectum aus ernährt. Als man ihr nach fünf Tagen etwas Milch gestattete, kam dieselbe durch die Wunde heraus, und zwar von einer kleinen Oeffnung am unteren Ende. Es wurde daher die Ernährung durch den Mund eingestellt. Einige Tage später ereignete sich dies wieder. Patientin machte jedoch eine ununterbrochene Reconvalescenz durch und verliess 15 Tage nach der Operation das Krankenhaus mit vollständig geheilter Wunde.

M'C. betont, dass das Hauptinteresse an diesem Falle in dem unmittelbaren Schluss der Oesophaguswunde liegt. A. E. GARROD.

144) **Alsberg. Oesophagotomie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. S. 942. 1886.*

Krankenvorstellung im Hamburger Verein. Die Operation war wegen eines verschluckten Gebisses gemacht worden. Dasselbe wurde von der Wunde aus nach oben geschoben und durch den Mund extrahirt. Heilung. B. FRAENKEL.

145) **J. Nikolaysen** (Christiania). **Corpus alienum oesophagi. Entfernung durch Oesophagotomia externa. (Corpus alienum oesophagi. Fjaernelse ved oesophagotomia externa.)** *Klinisk Aarbog. p. 174. 1886.*

In der Speiseröhre eines 25jährigen Mannes blieben am 4. Februar Abends zwei Ossa carpi eines Schweinfusses stecken. Am 12. Februar wurde er, nach-

dem man vergebens versucht hatte, den Fremdkörper mittelst Zangen und Sonden zu entfernen, in's Spital aufgenommen, und am 13. Februar machte der Verf. die Oesophagotomia externa an der linken Seite des Halses. Der Knochen sass 24 Ctm. von den Lippen entfernt und wurde durch die Operationswunde entfernt. Am 22. März geheilt entlassen. SCHMIEGELOW.

146) **B. Credé. Gastrotomie wegen Fremdkörper.** *Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 33. Heft 3. 1886.*

Bei grossen in den Magen gelangten Fremdkörpern, welche weder nach oben noch nach unten entleert werden können, ist die Gastrotomie indicirt. Neuerdings sind es besonders künstliche Gebisse, welche, wenn sie Nachts nicht entfernt und im Schlafe verschluckt werden, zu der genannten Operation Anlass geben. G. operirte selbst einen solchen Fall mit günstigem Erfolge. In der Literatur, die genau angegeben ist, finden sich 26 Fälle, davon genasen 22 und starben 4. SCHECH.

---

# III. Kritiken und Besprechungen.

a) **Wyss** (Genf). **Klinische Untersuchungen der Complicationen der Ozaena von Seiten des Ohres. (Etude clinique des complications auriculaires de l'ozène.)** Doctor-Dissertation der Berner Hochschule. Genf. Rivera & Dubois. 1886.

Obschon diese Arbeit weit mehr otologisches Interesse hat, so sei sie doch hier kurz besprochen, weil in ihr auch die Ozaena selbst näher abgehandelt wird. Verf. befindet sich bezüglich des Begriffes „Ozaena" ganz auf dem modernen Standpunkt, auf welchem man unter diesem Namen nur die, oft einer vorangegangenen Hypertrophie folgende progressive Atrophie der Nasenschleimhaut sammt Muschelknochen mit Bildung stinkenden, leicht eintrocknenden Secrets, ohne cariöse, syphilitische oder andere tiefergeschwürige Processe versteht. Die Arbeit behandelt 60 vom Verf. selbst während 2 Jahren beobachtete Fälle. Nachdem er die verschiedenen Theorien über die Entstehung der Krankheit und des schlechten Geruchs aufgeführt hat, theilt er seine eigenen Erfahrungen mit, von welchen ich nur das erwähne, was von den Angaben der anderen Autoren abweicht. Zunächst sei bemerkt, dass Verf. das oft angezweifelte und jedenfalls selten zu beobachtende hypertrophische Studium der Ozaena nie gesehen hat. Ferner ist bemerkenswerth der grosse Zahlenunterschied zwischen männlichen und weiblichen Patienten. Wenn man auch weiss, dass Ozaena bei Frauen öfters vorkommt, so ist doch ein Verhältniss wie 13:47, also fast 1:4, ungewöhnlich.

Bezüglich der Aetiologie schreibt W. der Tuberculose eine grosse Bedeutung zu. Er giebt an, dass sich diese Dyskrasie bei 34, also mehr als die Hälfte der Fälle, mit Sicherheit habe in der Familie nachweisen lassen, und zwar sind es

meistens nicht etwa sehr weit entfernte Verwandte, sondern Vater oder Mutter oder eins oder mehrere der Geschwister. Die Thatsache ist jedenfalls bemerkenswerth, nur muss man sich wundern, dass man nicht mehr Phthisiker selbst mit Stinknase zu Gesichte bekommt. Auch unter den 60 Fällen des Verf. war nur einer tuberculös.

Als ferneres ätiologisches Moment nennt W. die acuten Exantheme und Infectionskrankheiten, Morbilli, Scharlach etc. Der Leser findet aber bei keinem einzigen von unseres Autors Fällen irgend einen directen Nachweis für diese Ansicht; dass einige Male bald nach einem Scharlach eine Stinknase bemerkbar geworden ist, beweist viel eher, dass dieselbe nicht erst von dieser acuten Krankheit herzuleiten ist (? Red.). Jedenfalls kann eine Krankheit, welche fast jeder Mensch durchmacht, wie die Morbilli, nur dann als ätiologisches Moment für ein späteres Uebel erklärt werden, wenn genaue Beobachtungen den Zusammenhang der beiden pathologischen Zustände erweisen.

Im Hauptcapitel der Arbeit, bei der Besprechung der Complicationen, nennt Verf. u. a. zwei Fälle von schwarzer Zunge, und geht dann auf die aus der Ozaena entspringenden Ohrenleiden über. Er sucht die allerdings deductiv berechtigte Annahme, dass bei einer so intensiven Erkrankung des Nasenrachenraums, wie man sie mit Ozaena meist vergesellschaftet findet, unfehlbar oft Ohrenkrankheiten auftreten müssten, gegenüber den vielen Autoren inductiv zu erhärten, welche diese Ansicht verneinen. Er glaubt, diese Forscher hätten einfach den Ohren bei Ozaenakranken zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Allerdings hat Verf. die betreffende Frage mit grosser Sorgfalt behandelt und fast alle Prüfungsmethoden der modernen Ohrenheilkunde angewandt. Das Ergebniss war, dass sich von den 60 Fällen 47 als mit mehr oder weniger starken pathologischen Veränderungen am Gehörsapparat behaftet zeigten, von welchen 31 noch keine, 16 hingegen deutliche Gehörsschwäche verriethen. Der Zusammenhang zwischen atrophirender Rhinitis und Ohrenleiden geht nach Verf. daraus hervor, dass bei allen diesen Patienten der Nasenrachenraum und die Tubenwülste von der Ozaena stark in Mitleidenschaft gezogen und dass bei einseitiger Erkrankung der Nase auch das Ohr der entsprechenden Seite stärker erkrankt war. Er nimmt für die Tuben- und Mittelohrschleimhaut dann auch den nämlichen Uebergang von einer hypertrophischen Entzündungsform in ein atrophisches Stadium an, wobei z. B. auch die Tubenmusculatur zum Schwund gelange. Die Fälle, welche er beschreibt, sind eben die gewöhnlichen acuten und chronischen Processe in den Ohren, wie man sie auch ohne Ozaena bei den Ohrenkranken findet. Etwas characteristisches lässt sich bei ihnen nicht herausfinden, zumal die Zahl der Fälle viel zu klein ist. Unter den 16 Patienten, welche irgend welche Gehörsstörung hatten, litten 3 an acutem eitrigem Mittelohrkatarrh, 5 an chronischer Mittelohreiterung, 4 an chronischen Mittelohrprocessen ohne Secretion und 4 waren noch mit Labyrintherscheinungen behaftet.

Nähere Angaben des Ref. über diese Ohrenbefunde hätten nur rein otologisches Interesse, weshalb in dieser Beziehung auf das Original verwiesen wird.

Die Arbeit des Herrn W. hat jedenfalls das Verdienst, einige nicht unwichtige Erfahrungen über Ozaena mitgetheilt und nach dem Vorausgang

Zaufal's vor nunmehr acht Jahren wieder auf die oft bestrittene, aber wahrscheinliche Thatsache, dass die Ozaena auf das Gehörorgan einen schädlichen Einfluss haben könne, die Aufmerksamkeit der Aerzte gelenkt zu haben. JOUQUIÈRE.

b) **C. Haig-Brown** (Charterhouse). **Tonsillitis im Pubertätsalter. (Tonsillitis in adolescents.)** These für den Doctorgrad der Universität Aberdeen. London. Baillière, Tindal & Cox. 1886.

Der Autor dieser sorgfältigen und an originellen und interessanten Bemerkungen reichen Dissertation ist Arzt an einer der bekanntesten englischen höheren Unterrichtsanstalten (The Charterhouse), und hat innerhalb sehr kurzer Zeit die Gelegenheit gehabt, sich eine verhältnissmässig bedeutende Erfahrung über das Leiden, dem seine Arbeit gewidmet ist, zu erwerben. Während eines Zeitraums von wenigen Monaten nämlich kamen nicht weniger als 127 Fälle acuter Tonsillitis unter 500 Schülern, welche die Anstalt zählt, zu seiner Beobachtung. Dieser Procentsatz ist ein so verhältnissmässig grosser, dass man von vornherein argwöhnen kann, dass ganz besondere Verhältnisse vorgelegen haben müssen, um ihn zu Stande kommen zu lassen, und in der That haben Ereignisse, welche kurze Zeit nach der Publication der These die öffentliche Aufmerksamkeit auf die sanitären Verhältnisse der Anstalt lenkten, mit Sicherheit constatirt, dass dieselben äusserst ungünstige waren. Der Verf. selbst spricht viel von den „septischen“ Einflüssen, die beim Zustandekommen der Fälle thätig waren, und giebt dafür einzelne recht interessante Beispiele. Das besondere Verhältniss aber, in welchem er zu der Anstalt steht, legte ihm wohl eine gewisse Zurückhaltung auf, und der Referent hat Grund zu dem Glauben, dass die Dinge in sanitärer Beziehung noch weit ungünstiger lagen, als dies von dem Verf. angedeutet wird.

Wir haben diesen Punkt in den Vordergrund aller Bemerkungen gestellt, weil manche Angaben des Verf., wie hauptsächlich seine vollständig negativen therapeutischen Erfolge mit Mitteln, die sich in den Händen anderer zuverlässiger Beobachter als nützlich erwiesen haben, grösstentheils darauf zurückführen sein dürften, dass er es mit der schlimmen septischen Form des Leidens zu thun gehabt hat.

H.-B. ist geneigt, die Tonsillitis wie die Pneumonie für ein specifisches Leiden zu halten, welches mit gewöhnlich dreitägigem, ziemlich typischen Fieber einhergeht und glaubt, dass die excitirenden Einflüsse Erkältungen oder directe Contagion von einer bereits afficirten Person aus sind, dass aber zur Production der Krankheit ein geschwächter Allgemeinzustand erforderlich sei, mit anderen Worten, dass sie einen Boden braucht, auf dem sie sich entwickeln kann. Zu den Umständen, welche einen solchen geeigneten Boden schaffen, gehören nach seiner Meinung: das Knabenalter des Individuums, die rheumatische Diathese, klimatische Einflüsse und septische Verhältnisse der Umgebung.

Die vier Dinge werden nun des Weiteren besprochen. Die interessanten Data, auf welche der Verf. seine Ansicht bezüglich des prädisponirenden Einflusses der rheumatischen Diathese stützt, sind bereits im Centralblatt (Jahrgang II., S. 492) ausführlich wiedergegeben worden. — Bedauerlich ist es, dass

H.-B. wieder den alten Kohl von der gelegentlichen Hodenatrophie nach Exstirpation der gleichseitigen Tonsille aufwärmt und für dieselbe sogar eine theoretische Erklärung auf vasomotorischer Basis zu geben versucht. Wofür nicht die unglücklichen vasomotorischen Nerven verantwortlich gemacht werden! — Besser wäre es wohl gewesen, wenn der Verfasser uns gesagt hätte, worauf er seine Angabe stützt. Obwohl er dies aber unterlassen hat, ist doch ihr Inhalt schon als positives Factum in eine redactionelle Notiz der Deutschen medicinischen Wochenschrift übergegangen, in welcher der Verf. freilich als „Dr. Haire Brown in Aberdeen" angegeben wird! — So kommt der alte Aberglaube nie zur Ruhe! —

Recht interessant sind die Daten des Verf. für directe Contagion, die Dauer der Incubationsperiode und die Zeit der grössten Activität des Contagiums, ebenso die genaue Beschreibung der Symptome, die Bemerkungen über das Auftreten von Albumen im Harn bei hohem Fieber, die Seltenheit der Abscessbildung in der Tonsille, die Complicationen von Seiten des Ohres und des Herzens — in 9,4 pCt. seiner Fälle entwickelten sich theilweise functionelle Geräusche, theilweise organische Klappenleiden (sollte nicht auch hier wieder der septische Character der Epidemien eine Rolle gespielt haben? Ref.) —, die Relapse und die Differentialdiagnose von catarrhalischen, exanthematischen, diphtheritischen (etwas stiefmütterlich behandelt) und syphilitischen Halsleiden. Beherzigenswerth ist auch die Mehrzahl seiner auf Isolation der Patienten, Hygiene des Krankenzimmers etc. bezüglichen Rathschläge. Ueber die negativen Resultate seiner internen Therapie ist bereits berichtet worden. Für die frühe Incision von Tonsillarabscessen ist er nicht sehr eingenommen.

Die Lectüre des Originals ist entschieden zu empfehlen. Man wird in ihm gar manche neue Anregung finden.

SEMON.

---

# IV. Briefkasten.

### Hack †.

Schon wieder hat der Tod unter den Laryngologen ein Opfer gefordert: Professor Hack in Freiburg ist am 28. April plötzlich verstorben. Da diese Nummer des Centralblatts der Anfertigung des Registers wegen ungewöhnlich früh gedruckt werden muss, beschränken wir uns heute darauf, lediglich die Trauerkunde mitzutheilen, und werden in der nächsten Nummer einen ausführlichen Nekrolog bringen.

---

### Die erste staatliche Anerkennung der Laryngologie in Preussen.

Mit aufrichtiger Freude bringen wir heute in aller Kürze die Nachricht, dass an der Berliner Universität eine „Königliche Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke" errichtet und zum Director derselben unser verehrter Freund und Mitarbeiter, Professor B. Fränkel, unter gleichzeitiger Ernennung zum Professor extraordinarius ernannt worden ist. Ihm gebühren heute unsere herzlichsten Glückwünsche. Auf die principielle Bedeutung des so lange ersehnten, nun endlich erfolgten Schrittes werden wir in Bälde ausführlicher zurückkommen.

# Namen-Register.*)


## A.

Abbé, R. **143**.
Abbot, C. E. **255**.
Abeille **6**.
Abercrombie, John **437**.
Adams 163.
Adamson, Edw. **47**.
Agnew, 31, **196**.
Albarran **4**.
Albert 322.
Albertoni 404, 405.
Alexander, J. A. **47**.
Allen **125**.
Allen, Harrison **81**, **125**, **146**, **189**, 191.
Allen, S. **231**.
Alsberg **518**.
Alvarez 205, 374.
Amick **123**.
Anderson, H. W. **220**.
Anderson, Jerome, A. **51**.
Andrew, Edwyn 316.
Antonelli **325**.
Antoni **129**.
Archambault 178.
Ariza, Raph. 317, **341**, **381**, **402**, 414.
Armond, J. A. de 246.
Armstrong, Hugh **517**.
Armstrong, S. T. **234**.
Arnold, J. D. **139**, **343**.
Arthur 436.
Aschenbrandt **283**.
Ashton **51**.
Ashhurst 31.
Atkin, Ch. **44**.
Atkinson, F. P. **333**, **492**.
Audhoui **98**.
Auerbach 469.
Aurelian 155.
Axmann 78.

## B.

Baber, E. Cresswell **27**, 115, **429**, 463.
Babès **210**.
Bachelor **210**.
Bachem **250**.
Baenziger 100.
Baginsky, B. 328, **488**.
Baker **181**.
Bako **425**.
Ballance **304**.
Bamberger 106, 183.
Baranowski 421.
Baratoux **7**, 11, 37, 83, **102**, 370, **383**.
Barbier **501**.
Barbour **218**.
Bardeleben 18, **142**.
Barette **133**.
Barker **3**, 31, 293, 308.
Barling **409**.
Barlow **457**, 461.
Baron **383**.
Barral **474**.
Barré **334**.
Barrs **251**.
Bartholin 78.
Bartholow 31.
Bartosch **433**.
Baruch 79.
Barwell 471.
Basedow 23, 184, 218, 351, 468, 469.
Bassompierre **427**.
Bataille 411.
Batallus 88.
Batterham **507**.
Baumgarten **73**, 128, **163**, **428**.
Baumgärtner 185, 407.
Bax 48.
Bayer **233**, 261, 266, 267.
Bazlivi 156.


*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autorennamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die dünn gedruckten sich auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. etc. beziehen.

Béal **254**.
Beale **291**.
Beall **241**.
Beard 88.
Bednar 377.
Beerwald **427**.
Beevor 409.
Begin 143.
Behnke 412.
Bellanger **91**.
Bellocq 39, 128, 129, 191
Benda **365**.
Bennett **510**.
Berentsen **295**.
Berenyi 57.
Berg **380**.
Bergeon 483, **486**.
Berger 232.
Berger, Emil 145, **233**.
Bergeron 10.
Bergmann, v. 449.
Bernard 155, **294**.
Bernhardt **90**.
Berns 516.
Besançon **306**.
Beschorner 87, 485.
Besnier 178.
Bettencourt **14**.
Betz 266.
Bidenkap **364**.
Bidot 169
Biehl 160.
Bielanski 185.
Bien **125**.
Biermer 195.
Bigelow 31, **211**.
Billroth **90**, **104**, 107, **118**, 184, 185, 242, 322.
Biondi **179**.
Bischoff 100.
Bishop **89**, 183, **202**.
Blachez **486**.
Black **244**.
Blackley 88.
Blaikie **360**.
Blanc **19**.
Block **210**.
Blocq **280**.
Bloebaum **444**, 499.
Blois, T. A. de **153**, **241**.
Blum **202**.
Bobone **83**, **319**.
Bochdalek 378.
Bock **74**.
Bockendahl 177.
Böcker 79, 138, 169, 227, **270**, 327, 419, 420, **446**, **478**, 479, 480.
Bockhart **42**.
Boeckel **208**, **446**.
Böing **498**.
Bogajewski **309**.
Bognatelli 265.
Bolderew 482.
Bond 32.
Borchardt 455.
Borthen **489**.
Bostock 88.
Bosworth **86**, **158**.
Botey **15**.
Botkin **22**.
Bottini **494**.
Bouchard **136**, 440, 473.
Bouchut 192, 337, 506.
Boucomont **209**.
Bouffé 383.
Bougarel **334**.
Bouilly **435**.
Bourdon 242.
Bourneville **348**.
Bournonville 383.
Bourrée **378**.
Boursier **232**, 242, **252**, **506**.
Boux 506.
Bovill **432**.
Bowditch, H. J. 31.
Bowditch, H. P. 31.
Bowlby 293, 438.
Bowman 5, 122.
Bowreman-Jesset **364**.
Braddon **508**.
Bradshaw **21**.
Brasch **445**.
Braune 265.
Bree 155, **440**.
Bresgen, M. **74**, 79, 115, 354, **370**, **425**.
Breus 353.
Briand **392**.
Bricon **348**.
Bridon 10.
Briggs, J. R. **430**.
Briggs, W. **510**.
Bristowe 306, 353, 423.
Broadbent 300.
Broca 249.
Broudel 439, 440.
Brown, C. Haig, **521**.
Brown, Dillon 49.
Brown, John **239**.
Brown, O. F. **484**.
Brown-Séquard 362.

Browne, Lennox 212, 456.
Bruce **291**.
Bruch **11**.
Bruen **303**.
Brüning **513**.
Brun, de **391**, 392.
Bruna 364.
Brunner **58**.
Bruns 328, 447.
Bryant 331, 456.
Bryce **425**.
Buckler 194.
Buckoy 26.
Büttner **210**.
Bull **187**.
Bungeroth **441**.
Burckhardt **372**.
Burger 458.
Burine **466**.
Butlin 283, 287, 293, 422, 423, **454**, 455, 456.
Butt **304**.

## C.

Cadier 241, 381.
Cahn **170**.
Cahnheim **498**.
Callen 475.
Calmettes 31, **235**.
Cameron **213**.
Campana **207**.
Campbell **381**.
Campenon 4.
Canalis 404.
Cant 517.
Cantani **23**, **98**, 214, 473, **502**.
Capart **287**, 490.
Cardarelli **25**.
Cardone **33**, **34**, 38, **360**, **495**.
Carl Theodor, Herzog von Bayern **489**.
Carpenter **2**.
Carr **461**.
Carter, E. C. 382.
Carter, J. M. G. **239**, **333**.
Cartaz 300.
Casadeus **14**, **98**, **100**, 317, **344**.
Caselli **15**, 246, 488.
Casselberry **40**.
Casson 212.
Castex **242**.
Castiaux **44**.
Catani 98.
Catellan **186**.
Catti 38.
Cavazzani **504**.
Celsius 495.
Chadwick 31.
Chambers **232**.
Chamier **377**.
Champneys **510**.
Charazac 298, **345**, **416**.
Charcot **248**.
Charles **339**.
Charmoy, de **24**.
Charrière 143.
Chaslin **290**.
Chassagny **469**.
Chassaignac 432.
Chatellier **235**, **426**, **427**, **490**.
Chauveau 435.
Cheatham **285**, **387**.
Chervin **52**.
Chiari, H. **6**, **106**.
Chiari, O. **7**, **165**, 319, 320.
Chicken **255**.
Chomel 178.
Christian **20**.
Churchill **165**, **287**.
Clairborne **95**.
Clar **77**.
Clark 245.
Clark, Andrew 84.
Clarke 299.
Claveri **328**.
Clemens **295**.
Clibborn **497**.
Closson **323**.
Clutton **292**.
Coates 245, 457.
Cocheteux **439**.
Coeffner 97.
Coën **121**, 178, 271.
Cohen, J. Solis 146, **148**, **193**, **300**, 301, 416.
Cohen, Solis S. **149**, **151**, **154**, 301, **375**, 416.
Cohn 2.
Colin 25.
Collet **489**.
Collier **10**.
Combe 487.
Conley **23**.
Cooke **40**.
Coombes **172**, **207**.
Coomes 338.
Coppens 447.
Coriveaud **12**.
Cornil **2**, 205, 289, 373, 374, **428**.
Cortelyon **200**.
Cosgrove **494**.
Couëtoux **439**.

Coupard **172**, 178.
Courbarien **348**.
Courtade 11.
Courtin **473**.
Cowling **7**.
Cox **308**, **490**.
Cozzolino **77**, **163**, **206**, **234**, **495**.
Crawley **347**.
Credé **519**.
Crittenden **134**.
Crooke **363**.
Cruveilhier 52.
Csokor **159**.
Cuq **443**.
Curran **104**.
Curtis **8**.
Cybulski 404.
Czermak 421, 484.
Czerny 10, 455.

## D.

Da Costa 31.
Dalby **490**.
Dalton 31.
Daly 30, 88, 116, **151**, 157.
Daniell 75.
Darier 343.
Daster 480.
Davidson **336**.
Davies **210**.
Davies, N. S. **194**.
Davies, S. 428.
Dayton **47**.
Debove **26**.
Degle-Kindberg **290**.
Dehio 482.
Delafield 31.
Delavan, Bryson **150**, 160.
Delie **343**, 389.
Delmas 460.
Delmis **57**.
Delorme **209**.
Delstanche 164, 235, **329**, 490.
Delthil 440, 442.
Demarquay **493**.
Denny **23**.
Deroubaix **380**, 381.
Desbrousses 178.
Desprès 348.
Dessau **211**.
d'Estrées, Debout **161**.
Desvernine **25**.
Diaz, M. Iglesias y **134**.
Dieulafoy 350.
Dogiel **5**.
Donaldson, Frank **148**, **150**, **151**, **295**, 296, 298.
Donaldson, sen. 298.
Doussain **443**.
Downie **334**.
Drake **95**, 194.
Draper 31.
Dreschfeld **373**.
Drewitt 409.
Drews **131**.
Dubar **425**.
Du Bois-Reymond 297.
Duboué 59.
Dubousquet, Laborderie **45**, 132, **334**.
Dubrisay 499.
Dubrueil **516**.
Ducros 121.
Duguet **514**.
Dumenil **423**.
Duncan **204**.
Dunning **50**.
Duplay 155.
Dupré **423**.
Dupuytren 110.
Duret 105.
Dwight **467**.
Dyes 443.

## E.

Early **239**.
Eaton **367**.
Ecker 5.
Eder **321**.
Edes **179**.
Edinger 169.
Edmunds **105**.
Egidi **508**.
Ehrmann **436**.
Eichberg **179**.
Eiselsberg **374**, 428.
Eisenlohr **400**.
Elsberg 166, **192**, 216, 483.
Ely **514**.
Engelmann 136.
Eppinger 353.
Epstein 377.
Erb 479.
Erlenmeyer **90**.
Esteban 317.
Evans 288.
Eve **92**.
Ewart 361.
Exner 110, 112, 113, 114, 115, **258**, 259.

## F.

Fabre 7, 251.
Falkson 28.
Fargues 502.
Farlow 433.
Fasano 109, 138, 211, 341.
Fauvel 178, 214, 349, 506.
Favel 44.
Fede 175.
Federn 376.
Fehleisen 138.
Feldbausch 77.
Feletti 469.
Felici 303.
Fenton-Jones 32, 417.
Fenwick 456.
Ferguson 496.
Ferrand 123.
Ferras 14, 414.
Ferrer 204.
Feurer 290, 291.
Figueras 14.
Filloux 132.
Finlayson 238.
Firket 3.
Fischer 99.
Fischer, E. 365.
Fischl 377.
Flajani 23.
Flemming 121, 122, 131, 132.
Flint 249.
Flint, Austin jr. 31.
Florand 501.
Flower 155.
Focke 441.
Foot 55.
Forbes 155.
Forcy 194.
Fougeray, H. du 486.
Foulis 244, 455.
Fournier 207, 343.
Fowler 237.
Fox, C. J. 514.
Fox, Hingston 331, 333, 493.
Fränkel, A. 500.
Fränkel, B. 70, 75, 83, 138, 142, 164, 225, 258, 260, 262, 266, 271, 326, 328, 331, 332, 354, 397, 449.
Fränkel, E. 78, 187, 260, 353, 385, 466, 503.
Franchi 46.
Francotte 461.
Frank 155.
Franks, Kendal 282, 417.
Frommert 160.
French, H. M. 39, 151, 152.
French, Thos. B. 365.
French, W. W. 513.
Freudenberg 376.
Freund 404.
Frey 492.
Friedländer 374.
Frisch 205, 374.
Fritsche 227.
Fuhr 405, 407.

## G.

Gaillard 241.
Galicier 443.
Galippe 378, 379, 434.
Ganghofner 268, 269.
Garcia 317, 410, 412.
Gazel 299, 414, 415.
Garnett 460.
Garré 248, 496, 407, 516.
Garretson 41.
Garrigou 200.
Garrod, A. E. 33, 115.
Garstang 41.
Gassicourt, C. de 245, 249.
Gaul 391.
Gautier 10.
Gay, L. 462.
Gay, W. 437.
Gegenbaur 5.
Geddings 194.
Geigley 132.
Genersich 41.
Gennex 324.
Gennaro, L. de 370.
Gentile 71.
Genzen 28.
Gerhardt 70, 103, 116, 259, 393, 481.
Gerster 187, 450, 453.
Gibbes 435.
Gilewski 421.
Gillespie 218.
Giné 131.
Gleason 211.
Gleitsmann 35, 104.
Gley 374.
Glover 246, 292.
Gluck 232.
Godet 457.
Godlee 217, 281.
Goldschmidt 497, 498.
Goltz 469.
Gongora 372.

Goodell 31.
Goodvillie **119**, **120**.
Gordon, James **409**.
Gordon, O. A. **53**.
Gordon, Wm. S. **381**.
Gottstein, J. 76, 225, **236**, 268, 354, 355.
Gouguenheim **182**, **251**, **304**, **338**, 411, 414.
Gould **330**, 331.
Gourand 74.
Gourewitsch 475.
Gowers 400.
Gräfe 516.
Graham **22**.
Grahner **442**.
Grancher **14**, **235**.
Grand **91**.
Grandhomme **302**, **309**.
Grant **91**.
Grant, J. D. 212.
Grasset **59**, **460**.
Graverry **92**.
Graves **256**.
Green 192, 193.
Greene **460**.
Greenley **246**.
Gregg **498**.
Gresswell **293**.
Griffin **39**.
Gronich 77.
Gross 31.
Gross **44**, **46**, 161, **231**.
Grossmann **346**.
Gruening **82**.
Grützner 110.
Guaita **250**.
Guelmi 461.
Guelton **17**.
Guenu **231**.
Guerder **250**.
Gueterbock **208**.
Guillet **514**.
Guimbretière **383**.
Gulliver **307**.
Gussenbauer **43**, **91**, **171**, 185, **204**, 233, 423, 453, 457.
Guttmann 211.
Guy 352.
Guye 261.
Guyson 22.
Guzman **423**.

## H.

H. A. **59**.
Habermann **324**.
Hack 83, **85**, 116, 167, 202, 203, **218**, 225, 326, 370, 394, 395, 475, 476, 478, 479, 480, 522.
Hacker, v. **107**.
Hadden, Alex **247**.
Hadden, W. B. **186**, 187, **290**, 423.
Haderup **422**.
Hadra **470**.
Hahn **102**, 142, 446, **454**, 455, 456.
Hall, F. de Havilland **285**, **302**, 303.
Haller **25**.
Hamaker **426**.
Hamburger 472.
Hamilton **161**.
Hamonic **434**.
Hampeln **24**.
Hanot **46**.
Hansemann **129**.
Hansen, Tage **53**, **142**, **258**.
Hanson **252**.
Hardy 218, 308.
Hare **12**.
Harris 211.
Harrison, Edward **340**.
Harrison, T. T. S. **286**.
Hartmann 28, 126, 227, 327, 328
Harvey **375**.
Hauce **336**.
Hausmann 138.
Haven 514.
Haward 331.
Hayes **445**.
Haynes, J. S. **366**.
Haynes, W. H. **208**.
Hebra 376.
Hedinger **431**.
Heidenhain 122.
Heitz **40**.
Helbing **396**.
Helmkampff **168**, **424**.
Helmont, van 88, 475.
Hemenvay **96**.
Henderson **165**.
Hendley **330**.
Hendrix 83, **362**.
Henke 458.
Henouet **468**.
Henschen **379**, **385**.
Hensen 177.
Herff, v. **459**.

Hering 37, 75, 202, 225, **263**, **264**, 343, 344, **374**, **386**, **387**, 389, 390, 394, 395, **414**, 421, **503**, 506.
Hermentier 171, 292.
Heron 409.
Herringham **382**.
Heubner 173, 174, **175**, **444**.
Heurtaux 8, **171**.
Heusner **374**.
Heyder **137**, **442**.
Heymann, P. **78**, 260, 268, **325**, 326, **327**, 328, **476**.
Hidalgo **338**.
Hierokles **465**.
Higgens **427**.
Himes **100**.
Hinkel **93**, **383**.
Hippokrates 189.
Hirschfeld **466**.
Hischmann **250**.
Hitchock **153**.
Hjort **26**, 219, **305**, 488.
Hobbs **324**.
Hodgkinson **445**.
Höfler **127**.
Hoff, Ivan R **234**.
Hoffa **436**.
Hoffmann, C. F. W. 130.
Hoffmann, E. **11**.
Hoffmann, F. R. 156.
Hoffmann **507**.
Hofmokl **135**, 320.
Holcomb **252**.
Holden **153**.
Holdernesse **491**.
Holl 207.
Holländer **39**.
Holm **283**.
Holmgren 479.
Holmer 144.
Holmes **31**, **360**, **426**.
Holt **240**, **461**.
Homans 31.
Hooper **148**, **236**, 295, 296, 297, 298, 304.
Hope **402**, 403, **437**.
Hopmann 65, 70, 267.
Horand **40**.
Horsley, Victor 184, 259, 260. **296**, **298**, **358**, 400, 404, 405, **408**, **463**, 480.
Houzel **22**.
Hubbell **430**.
Hubert **164**.
Huchard 249.
Hueber **493**.
Hüne 458.
Hüter 8, 171, 193.
Hunter, S R. 40, **104**.
Hurley **349**.
Hutchinson 119, 342, 364, 468.
Hutchinson, jun. J. **283**, **293**.
Hutton, A. R. **509**.
Hutton, T. J. **13**.
Hyde **498**.

## I. J.

Jackson, A. 44.
Jackson, Hughlings 249, 300.
Jackson, Vincent **435**.
Jacob **445**.
Jacobi, A **79**, **191**, 192, **236**, **333**, 474.
Jacobi, Mary Putnam **202**.
Jacobson 271.
Jacobson, A. 5, 9, **139**, 482, **512**.
Jäger **516**.
James **291**.
James, Prosser 32.
Janevay **256**.
Jankowsky 185, 186.
Janney **59**.
Janowsky **205**.
Jarvis, W. C. **153**, **326**.
Jatschinski **290**.
Jelenffy 110.
Jelgersma **249**.
Jelks **58**.
Jellinek 37, 363, 344, 386, 389.
Jennings 337.
Jerard **432**.
Jewell 417.
Jiménez, Valero y **333**.
Jorge **294**.
Joseph 330.
Ingalls, Fletcher J **89**, **140**, 150, 190, **336**.
Ingraham 337
Joal 178, **241**. **491**.
Johannesen **495**.
Johnson **191**.
Johnston **158**.
Jolyet 480.
Jones **280**.
Irsai **212**, **342**.
Irwine 457.
Jürgens **462**.
Juhel-Rénoy 133.
Jullian **289**.
Julien **292**.
Jurasz **106**, 164, **347**, 422, 429, 505.
Jurist **18**, **200**.
Justi 116.







## K.


Kahn **383**.
Kaiser **457**.
Kaplan 397.
Kaposi 319, 428.
Karis 262.
Katterfeld **494**.
Katz, L. **206**.
Kauders **391**.
Kaufmann **121**, 404.
Keimer **167**.
Keith, Skene **282**.
Kelly **423**.
Kieselmann 6.
Kiesselbach **18**.
Kilham **217**, **244**.
King **446**.
Kipp 161.
Kirmisson **206**.
Kispert, G. **166**, 416.
Kjelmann **79**.
Klamann **6**.
Klebs 173, 174, 210.
Kleeblatt **498**.
Klein 122.
Klein, C. H. v. **365**.
Kleine **13**.
Kluyskens **382**.
Knie **257**.
Knight **101**, **149**, **153**, **241**.
Knode **204**.
Knoll **480**.
Knox **45**.
Kobler **183**.
Koch, P. **18**, **20**, 482.
Koch, R. **266**, **387**.
Kocher 184, 185, 187, 404, 407.
Kochs **485**.
Köhler 142.
Köhler (Posen) **202**, **209**, **270**, **369**.
Kölliker 5, 271.
König 8, 144, 505.
Koerner 31, 115.
Kohl **349**.
Kohts 115.
Kolaczek **513**.
Koretzki **504**.
Koschlakoff **177**, 481, 482.
Kosinski 448.
Krakauer 480.
Kranzfeld 378.
Kratschmer 35, 476, 479.
Kraus 140.
Krause, H. 35, 37, **56**, 70, 112, 113, 116, 225, 227, 259, 261, 263, **264**, 265, 299, 304, 316, 325, **343**, **344**, 386, 387, 388, 389, **392**, 393, **396**, 397, 403, **479**, **503**.
Krauss **400**.
Kreysen **18**.
Krieg **429**.
Krishaber 21, 110, 252.
Kroenlein 58.
Krohne 188.
Krozak-Brunn **120**.
Krusenstern **25**.
Kühn 174, 376.
Küster 171, 244, 408, 488.
Kumar **289**.
Kundrat 3, **105**.
Kurnander **47**.
Kurz **45**.
Kussmaul 29.


## L.


Laache **176**.
Labbé 103, **215**, 457.
Laborde **436**.
Labric **462**.
Labus 71, **100**, **236**.
Lacombe **24**.
Laffan **252**.
Laffent 480.
Lagrange 25, 186.
Lagnese **6**.
Lamallerie, de **502**.
Lamikowski **446**.
Lancry **382**.
Landgraf 225, **396**.
Landour **383**.
Landouzy **25**, 132, **308**.
Lanelongue 10, 174.
Lang **364**.
Lange 63, **453**.
Langenbeck 254, 364.
Langenbrucken 36.
Langlebert 345.
Lanz **376**.
Larammondes 241.
Larder 309.
Lastra, Ramon de la Sota y **146**, **239**, 317. **346**.
Lauenstein 77.
Launay, H. de 123.
Laurent **441**.
Lauschmann **130**.
Laveran **10**.
Law 417.
Lawrence **47**.
Leadbetter **348**.

Lediard 4, 287, **309**.
Lee, Alex. F. **508**.
Lee, Rob. J. **457**.
Leegard **55**.
Lees **284**.
Lefferts 31, **193**.
Lehmann **120**.
Leidy 31, **147**.
Leiter 289.
Leloir **16**.
Lemonnier 10.
Lenaerts **136**.
Leplat 488, **513**.
Lerat **41**.
Lermoyez, de **309**, 411.
Leroux **490**.
Leroy **14**.
Letulle **52**.
Letzerich 458.
Lewin, G. **253**.
Lewis, Ch. J. **135**.
Lewis, P. G. **294**.
Lewy, R. **341**.
Libermann 178.
Lichtwitz **28**.
Lincoln **76**.
Lindley 284.
Lipp 376.
Lisenco 281.
Lister 180.
Liston 506.
Ljubimski **216**.
Lloveras **45**.
Lloyd **92**.
Loeb **141**.
Löffler 174, 175, 210, 349.
Löri **363**.
Löwe 263, 271.
Löwenberg 163, 235, **426**, 490, **491**.
Löwy **328**.
Logan, J. E. **369**.
Logan, P. W. **362**.
Loiseau 192, 337.
Lominowski 482.
Longet 110.
Longuet **352**.
Loomis 31.
Lovell **51**.
Lublinski, W. 85, **101**, 103, 105, **181**, **267**, 268, **390**, **445**, **475**, 479, 480, **502**.
Lucca, de **129**.
Luchsinger 475.
Luchon 14.
Lunin 417.
Lunn 212.
Luschka 8, 68, 110, 168, 268, 323, 404.
Lusk 31.
Luton 515.
Lychowski **14**.

## M.

Maas 185.
Macario **26**.
Mac Bride **79**, 115, **118**, 360, **490**.
Mac Cormac **293**, **472**, **517**.
Mac Coy **18**, **165**, **445**.
Mac Donagh **55**, 295.
Mac Donald 32, 212.
Maceven **337**.
Mac Gillavray 113.
Mac Intyre **237**, 238, 244, 245.
Mackenzie, John N. **86**, 88, **151**, **154**, **155**, 156, 157, **158**, **200**, 203, 414, **483**.
Mackenzie, Hunter G. 40, **314**.
Mackenzie, H. W. G. **334**.
Mackenzie, Morell 83, 88, 100, 110, 213, 244, 272, 317, 334, 347, **410**, 411, 412, 413, 506.
Mackenzie, Stephen **299**, 300, 409.
Mac Keough **96**.
Mackern **212**.
Mackey **202**.
Mac Neil 32.
Madelung 449.
Mader 321.
Magill **489**.
Magnus 490.
Major, Geo. W. 58, **152**, 169, **181**, 343.
Maisonneuve 321.
Malacrida 325.
Malassez 387, 434.
Malfilatre **506**.
Malm **97**, **334**.
Maltei 404.
Malthe **181**.
Mandelbaum **372**.
Mandelstamm 10, 482.
Mandillon 242.
Mandl 345, 411.
Mandot **443**.
Manore **283**.
Mara **503**.
Marcus 390.
Marie 468.
Marique **329**.
Markoe **143**.

Markoe, S. 31.
Maroné **438**.
Marshall **329**, 348.
Martel **383**.
Marzinowski **216**.
Maschke **173**.
Masini **16**, **53**, **99**, **501**.
Masius **323**.
Massei 34, **37**, 71, 73, **109**, **117**, 138, **214**, **318**, 341, 360, **414**, **485**, **501**, **502**, **503**.
Massey **249**.
Mastermann **95**.
Masucci 58, 167.
Mata de la **135**, 317, **337**, **383**.
Matthews **13**.
Mauby 507.
May **144**.
Maydl **106**, 107.
Mayor **376**.
Mays **368**.
Medail **400**.
Meeres **212**.
Mégnin **2**.
Meissner 469.
Mendel 498.
Menzies 210.
Mercandino 199.
Merces **440**.
Meschede 260.
Meyer-Hüni 76, 459.
Meyer 411.
Meyer, P. 115.
Meyer, W. 66.
Michael **58**, 102, 267, 392, 393, 395, **459**, 460, 461.
Michel 28, 267, 394.
Michelson **326**.
Michon **439**.
Mikulicz **142**, 184, 185, 186, **243**, **256**, 261, 405, **406**, **487**, 488.
Miles **202**.
Millard 26.
Miller, A. H. **60**.
Miller, De L. **443**.
Millet **45**.
Millikin **170**.
Mitchell, Weir. 31.
Moebius 121.
Moeller 10
Moeser 110.
Moizard **492**.
Moldenhauer **354**, 356.
Molènes **9**.
Molist, Sone y **40**.
Moll **217**.
Moncorvo 461.
Monnier **256**.
Monod **92**, **242**, 491.
Montagnon **434**.
Montgomery **336**.
Monti 173, 174
Moore, Norman **307**, 308.
Moore, W. W. 348.
Morat 480.
Morel **486**.
Morelli **212**, 267, 270, 433.
Morgan 16, 151, **152**, **157**, 286.
Moriarty **206**.
Morison **92**.
Morra **503**.
Morris, Henry **454**.
Morris, Malcolm **292**.
Morris, W. A. **382**.
Morse **440**.
Morton, F. G. **508**.
Morton, T. S. **256**.
Mosetig 373.
Moss **284**.
Mossin **296**.
Moty 440.
Moncorvo 458.
Mouette **113**.
Moura **414**.
Moure, E. J. **107**, 108, **216**, **341**, **415**, **426**, **506**.
Mracek **489**.
Müller 411.
Müller, J. **509**.
Müller, T. J. **246**.
Mulchaud **433**.
Mulhall **89**, **384**.
Munk (Ungarn) **369**.
Munk, N. **382**.

## N.

Nailer **340**.
Naunyn **490**.
Navratil 110, 506.
Neale **13**.
Neet **51**.
Netter 52.
Neudorfer **509**.
Neukomm **96**.
Neumann (Königsberg) **378**.
Neumann, J. **159**.
Newman **101**, **215**, 245, **456**.
Nicolai **182**.
Nikitin 38, 482.
Nikolaysen **518**.

Nöldechen **497**, **498**.
Noquet **490**.
Northrup 48, **246**, **335**, **336**.
Notta **514**.
Nowoski **47**.
Nuhn-Blandin 378.
Nuvoli **508**.
Nykamps 117.

## O.

Obtulowicz **173**.
O'Dwyer 48, 49, 139, **179**, 180, 336, 501.
Oertel 173, 174, 175.
Ogston **471**.
Oliver, R. Rovira y **132**.
Ollier 432.
Ollive **121**.
Oltuszewski 389, **390**.
O'Neil **175**.
Opie **98**.
Oppenheim 392, 396, 397.
Oppolzer 421.
Oranien, W. v. 156.
Ord 302, 303, **408**.
Ormsby **2**.
Ortega **98**.
Orth 338.
Orth, K. **505**.
Ory 249.
Ostroumoff 339.
Owings **48**.

## P.

Padien **44**.
Page, H. **10**.
Paget, James 455.
Paget, Stephen **290**, **350**, **424**, 438.
Palacios **346**.
Paltauf 373.
Paltauf (Wien) **374**, 428.
Panum 116.
Pantlen **513**.
Paquet **425**.
Park **187**, 253, **452**.
Parker, A. J. 99.
Parker, R. W. **306**, 384.
Parker, T. L. **40**.
Parker, W. Th. **211**.
Partsch **201**.
Parzewski **144**.
Passavant 28, 171.
Paul 293.
Paulsen **6**, 121, **122**, **131**, **201**.
Pauly **443**, **511**.
Payne **95**.
Péan **103**, **225**.
Pembourq **439**.
Pengrueber 471.
Pennel **12**.
Penny 294.
Penzoldt **365**, 498.
Pepper 31, **189**.
Perdigo 346.
Perier **232**.
Perotti **54**.
Péschaud 4.
Petersen 130.
Petersen, O. **494**.
Petit **348**.
Peyer 170.
Peyron 486.
Pflimlin **469**.
Phélisse **329**.
Philippeaux 404.
Philipps, D. 500.
Philipps, L. **23**, **500**.
Piana **103**.
Pick 456.
Pick, R. **462**.
Piéchand **10**, **209**, 289.
Pieniaczek 28, **247**, 421, 422.
Pilcher **450**.
Pirker **444**.
Pitres 460.
Podien **44**.
Poel, S. O. van der 162.
Pogrebinski 482.
Poissin **22**.
Polaillon 232, **434**.
Politzer 75, 367.
Poll 461.
Pollack 177.
Poncet **434**.
Pooley **233**.
Popow **470**.
Porai-Kotschiza **494**.
Porta 467.
Porter, C. H. **497**.
Porter, W. M. 30, **158**, **199**, **363**, **441**, **443**.
Potain **93**.
Pott **73**.
Poulet **485**.
Poulsen **279**.
Poutry **376**.
Powell **337**, **443**.
Power, d'Arcy 423.

Poyet 11.
Pramberger **384**.
Prengrueber 25.
Preydier-Dubreuil **441**.
Price **256**, **309**.
Prim, Bassols **13**, **52**, **342**, **344**.
Prior 461.
Protosow **434**.
Prus 469.
Pruss **404**.
Przedborski **394**.
Przewiski 447, 448.
Putilow **39**.
Pye **237**.

## R.

Raaf **370**.
Rabaine **15**.
Rabow **124**.
Radcliffe **175**.
Rake **346**.
Ramangé **294**.
Ranke **254**.
Ranschoff **51**.
Ranse, de **468**.
Ranvier 289.
Rattow 287.
Rauchfuss 481.
Reale **59**.
Recklinghausen 378.
Reichard **502**.
Reichert **99**, 115, 227, 260, 263.
Reiersen **444**.
Reiter 47.
Remak 57, **169**, 260.
Remy **104**.
Renan **442**.
Renault **382**.
Rennie **424**.
Renon 440.
Renzi, de 59, **344**.
Réthi **371**.
Retterer **492**.
Reverdin 184.
Reyher 504.
Reynauld 174.
Reynolds **344**.
Rice **57**, **158**, **323**.
Richardson 338.
Richardson, R. W. **470**.
Richelot **252**, **380**.
Richet **378**, **379**.
Richey **369**.
Riegel 110, 113, 479.
Riehl **3**, **6**.
Riggs **300**.
Ringuet **45**.
Roberts 162, 165.
Robin 133.
Robinson, Beverley **82**, **84**, **151**, **158**, 190, **204**, **284**..
Roche, A. de la **483**.
Rodman **255**.
Roger **12**.
Rogowitsch **182**.
Rokitansky 105, 448.
Rolland **24**.
Roller 77.
Romain **466**.
Romano **15**.
Rombo **99**.
Rose 142.
Rosenbach **81**, 110, 112, 332.
Rosenberg 76, 89, 265.
Rosenfeld 115, 266, 389.
Rosenmüller 237.
Rosenthal 110.
Roser 171.
Roser, Maxwell **40**.
Ross, Geo **221**.
Ross, James **397**.
Rossbach 100, 370, 397, 458, 475.
Rossi, de **2**.
Roth **161**.
Rotter 185.
Rouge 287.
Rougier **415**.
Rousseau 86.
Roux **164**.
Rovet **218**, **471**.
Royera **15**.
Rubio 381.
Rühlmann 483.
Rumbold, F. F. 166.
Rumbold, F. M. **367**.
Rumbold, Thos. T. **369**, **457**.
Ruppert **470**.
Rupprecht 327.
Ryerson **127**.

## S.

Sacchi **246**.
Saint-Germain **43**, 133.
Sajous **157**, **166**, **221**.
Salles, de Campos **285**.
Salm 7.
Salomone-Marino **501**.
Salomoni **456**.

Samham **31**.
Santvoord, R. van **17**.
Sanquerico 404.
Sappey 52.
Sattler 76.
Sauer **374**.
Sawtell **21**.
Sayre **31**.
Schadek 438.
Schadewald 78, 115, 227, 263, 268.
Schäfer 126, 267, 286.
Schäffer **365**.
Schalle 68.
Schapringer 70.
Schech **83**, 100, **351**, 354, **360**, 461.
Schedel **121**.
Scheff **67**, 82, 367.
Schenk 121.
Schenker 442.
Schidt **38**.
Schiff 184, 374, 404, 407, 464.
Schiffers 133, **323**, **379**, **416**.
Schill 99, **513**.
Schiltsky 171.
Schimanowski 433.
Schinzinger 494.
Schiörn 176.
Schlegtendal **473**.
Schleicher **93**, **323**.
Schlesinger **261**, 263, 270, 271.
Schmid (Prag) **39**.
Schmid **465**.
Schmidt, H. **329**, **408**.
Schmidt, M. 115, 225, 260, 262, 263, **264**, 267, 270, 272, 386, 387, **503**.
Schmiegelow **11**, **38**, **77**, 267, **322**, 418, **430**.
Schneider 155, 475.
Schnitzler **51**, 116, 225, 228, 263, 265, 266, **270**, 271, **345**, 414.
Schoenbein 194.
Schoenborn 26, 171, 490.
Schoetz 76.
Schopf 321.
Schordt 477.
Schott 170.
Schou **251**.
Schramm 184.
Schranz **465**.
Schreiber 326.
Schrötter 37, 100, 116, 139, 216, 225, 228, 255, **262**, 266, 319, **344**, 350, 381, 389, 417, 482, 503, 506.
Schütz **491**.
Schultz **47**.
Schultze 5.
Schumacher 222.
Schwabach 116, **268**, 269.
Schwartz **214**.
Schwarz **382**.
Schweig **80**, **166**, **483**.
Schwimmer **90**.
Schwitzer **7**.
Scott 483.
Scultet 422.
Ségnin **31**.
Segond 308.
Sehrwald **140**.
Seifert **74**, **288**, 389, **493**.
Seiler, Madame 412.
Seiler **147**, **189**.
Seitz 194.
Selldén 134.
Selle **437**.
Semeleder 33, 163.
Semon 27, **34**, **36**, 110, 112, 114, 115, 133, 225, **259**, 270, 272, **296**, 297, 300, 303, 331, 357, **358**, 400, **403**, 416, 418, 428, **454**, 455, 480.
Semple 32.
Senator 174.
Senenko **20**.
Sentinon 8.
Setterblad **236**.
Sevullar 337.
Sexton **119**, **124**.
Shadle **89**.
Sharkey **305**.
Shattock 293, 308.
Shattuck **59**.
Sheild 423.
Shields **15**.
Shoeacker **201**.
Shrady **247**.
Shurly **151**.
Silcock 423.
Simanowski 110, **446**, 482.
Simon, Jules **21**, **294**, **497**.
Simpson **463**.
Siredey **45**.
Skirving **10**.
Sloan **307**.
Smith, E. **93**.
Smith, L. **31**, **500**.
Smith, Sam. **133**.
Smith, Salomon **19**.
Smolitschew **20**.
Smurra **496**.
Smyly 56
Smyth **301**.
Socin 406, 407.
Sörensen **199**.

Sokotowski **388**, 389, 421, **447**.
Solbrig **498**.
Solsona **46**.
Sonnenburg 378, 466.
Sormani 265.
Souchon **253**, **510**.
Spencer **291**.
Spengler **253**, **495**.
Squire **468**.
Stadnitzki **133**.
Stein 226.
Steiner 110.
Stepanow 137, 138.
Stepp, **127**, **443**.
Stern **13**.
Stewart **169**, 170, 417.
Stillé 31.
Stiller **182**.
Stockholm **179**.
Stocquart 392.
Stöhr 131.
Störer 430.
Stoker 32, **212**, **350**, 417.
Stokes 409.
Störk 7, 35, 38, 110, 176, 177, 225, 227, **261**, 262, 263, 267, 326, 373, 421, **487**.
Streckeisen **462**.
Stricker **176**, 177.
Ström **219**, 220.
Strong 53, **178**.
Strübing 115, **137**, **262**, **339**.
Strümpell 23.
Stucky **431**.
Studsgard **143**.
Subbotic **245**.
Suckling **23**, **408**, 409, **460**.
Sutton 308, 308, **422**.
Suzanne **289**.
Svenson 119.
Swain **288**.
Szeparowicz 421.

## T.

Tacconis **199**.
Taczanowski 422.
Tay **283**.
Taylor 232.
Tedenat 7.
Tedeschi **499**.
Tervaert **110**.
Teweles 321.
Thian **435**.
Thibierge **43**.
Thiersch 129, 456.
Thiry **17**, 91.
Thomaschewski **335**.
Thompson, J. A. **201**.
Thompson, J. H. **425**.
Thompson, J. W. **218**.
Thompson, S. **261**.
Thorburn **436**.
Thorner **228**, **347**.
Thost **124**, **426**.
Tillaux **208**, **280**.
Tillmanns **41**.
Tipton **211**.
Tissier **281**.
Tizzoni 404.
Tobin **10**.
Tobold 116, 228, 263.
Toison **513**.
Tommasi **351**.
Tompkins **172**.
Torday **458**.
Tornwaldt 7, 116, 167, 168, **261**, **267**, 268, **269**.
Tourneux **52**.
Tournier 10.
Toussaint **22**.
Touton **168**.
Traube 110.
Trautmann **60**, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 490.
Trélat **92**, 209, **282**, 491.
Trendelenburg 171, 181, 453.
Trevelot **392**.
Treves **422**, **438**.
Trifiletti **55**, 235, **403**.
Troitzki **282**.
Trousseau 155, 252, 475.
Truehart **15**, **25**.
Tschamer 458.
Türk 110, 421.
Turnbull **3**, **484**.
Turner **306**.
Turpin **137**.
Tyner **460**.
Tyrman **145**, **233**.

## U.

Uchermann **438**.
Ughetti 404.
Underhill **433**.

## V.

Vacher 411.
Valsalva 367.
Van Mansvelt **443**.

Vanni **496**.
Ventrain **44**, **46**, **161**, **231**.
Ven, van der **366**.
Venot 242.
Venturini 71.
Vergely 242, **491**. 492.
Verneuil 25, 26, **349**, **435**, 491.
Vickery **232**.
Viennois **432**.
Vierordt 110.
Vignal **434**.
Villar **287**.
Vincentiis **41**.
Virchow 384, 389, 449, 464.
Völkers 511.
Vogt **339**.
Volkmann 110, 438.
Voltolini 28, 38, 155, 230, **254**, **330**, 347.
Vulpian 5, 8, **9**, 174, **426**, **435**, **480**.

## W.

Wacher **294**.
Waern **496**.
Wagner, Cl. **153**.
Wagner, E. **130**, 184, **332**, 493.
Wainwright **282**.
Waldenburg 473.
Waldeyer 488.
Wallace **19**.
Walsham **438**.
Walter 76, 77.
Walther, v. 467.
Ward **216**, **348**.
Warren 31.
Wasselien **97**.
Watkins **175**, **179**.
Watson **286**.
Wattering **102**.
Waxham **50**, 336.
Webb **514**.
Weber 108, 464.
Wegele 479.
Weigert 466.
Weil **423**.
Weil, A **57**.
Weinlechner 107, **205**, **220**, 320, 322, **467**, **489**, 506.
Weinzweig 110.
Weljaminow **257**.
Wendt 61, 64.
Wernicke 169.
Wertheimer **9**, 44.
West **21**, **447**.
Westphal 13.
Weyl 397.
Wharton 44.
Wheeler **245**.
Whipham **491**.
Whistler 139, 417, 506.
White 283, **351**, **353**, 353, 464.
Whitehead **436**.
Whittacker **249**, 250.
Widerhofer **141**, **295**, **377**, **458**.
Wiggers **449**.
Wille 78, 203.
Williams, C. **46**, **302**.
Williams, Th. **404**.
Willis 469.
Winslow **90**.
Wintrich 478.
Wise **361**.
Woakes 32, 65, 227, 235, 367, 417.
Wölfler 184, **280**, **467**.
Wohlfahrt **330**.
Wolfenden 32, 272, **499**.
Wolff **119**.
Wolff, A 77
Wolff, J. **171**, **232**, 400.
Wolkowitsch **273**, 428.
Woltering **432**, **484**.
Wood **12**, 31.
Wooldridge 463.
Wright **431**.
Wright, J. W. **210**.
Wrisberg 9.
Wróblewski **389**, 390.
Wulfsberg **495**.
Wygrzewalski 421.
Wymann 85.
Wyss **316**, **519**.

## X.

X. **379**, **440**, **469**, **471**.

## Z.

Zahn **183**.
Zandol **440**.
Zaufal 28, 107, 285.
Zecchius 155,
Zederbaum 393.
Zeissl 268.
Zemann **353**.
Zenker 105.
Zesas 404.
Ziemssen 70, 116.
Ziegelmeyer **36**.
Ziem 8, 74, **81**, 87, 89, **124**, **126**, **168**, **178**, **367**, **371**, **375**.
Zuckerkandl 68, **122**.

# Sach-Register.

## A.

Abductor s. Crico-arytaenoideus posticus.
Abscess
— des Larynx 340.
— des Oesophagus 352.
— des Sinus frontalis und maxillaris 288.
— der Zunge 389.
Accessorius Willisii, Nervus, Lähmung des — 374.
Acetophenon zu tracheal. Injectionen 59.
Actinomycosis bei Menschen u. Thieren 3, 41, 201.
Adductoren der Stimmbänder.
— Contractur der — 56, 251, 259 u. ff., 300, 393 u. ff.
— Lähmung der — 56, 57. 298, 300, 416.
Adenoide Vegetationen 7, 62, 146, 235, 236, 489, 490, 491.
— Taubheit bei — 7.
Adenom
— des Gaumens 293, 438.
— der Schilddrüse 465.
Amerikanische laryngologische Gesellschaft 146.
Amyloidtumoren
— der Trachea 140.
— der Zunge 140.
Anatomie (s. a. Missbildungen und unter den einzelnen Gebilden)
— der Bronchialverzweigungen 52.
Aneurysma der Aorta, Kehlkopfsymptome bei (vgl. a. Paralyse) — 182, 302.
Angina (s. a. Catarrh, Pharyngitis etc.)
— arthritica 45, 209.
— diphtheritica (s. a. Diphtherie) 331.
— follicularis s. Tonsille.
— infectiosa (s. a. Tonsillitis) 45, 281.
Angina Ludowici 8.
— der Prediger 491.
— phlegmonosa, Perforation der Carotis bei — 491, 492.
— typhosa 180.
Angiom
— der Nasenscheidewand 372.
— der Zunge 209, 289.
Angiosarcom der Parotis 425.
Anomalieen (s. a. Missbildungen) der Carotis 121, — des weichen Gaumens 170, — der Zähne 329, — der Arterie des Pharynx 433, — der Sprache 178.
Anosmie 40, 288, 374, 425.
Antrum Highmori s. Highmoreshöhle.
Aphasie 249.
Aphonie
— bei Hysterie 249, 394, 395.
— bei Malaria 391, 392.
— bei Morphiuminjectionen 392.
— bei multipler Sclerose 392.
— spastica 260.
— durch Tumoren im Larynx 15.
— behandelt mit subcutanen Injectionen von Ammon. acet. 392.
Asphyxie bei Cellulit. cervicalis 4.
Asthma (s. a. Heufieber und Reflexneurosen) 485; — discutirt im Verein für innere Medicin 475; — bedingt durch Nasenerkrankungen 195, 326, 370; — durch Miessmuschelvergiftung 45; chirurgische Behandlung des — 370; — Hygiene bei — 369.
Augenleiden in Folge von Rachenkrankheiten 168; — von Nasencatarrh 367.
Ausstellung von Instrumenten bei der Naturforscherversammlung 226.
Auscultation und Percussion des Oesophagus 469.

## B.

Bacillus (s. a. Mikroorganismen)
— der Diphtherie 210.
— bei Ozaena 6.
Bacterium thermo gegen Kehlkopf- und Lungentuberculose 98.
Basedow'sche Krankheit 22, 28, 184, 218, 351, 468, 469.
Beleuchtungsapparate 27, 226, 227.
Blutcysten s. Cysten.
Blutung s. Epistaxis, Hämorrhagie etc.
Bougirung des Larynx 17, 48, 49, 50, 53, 139, 140, 178, 179, 180, 335, 336, 337, 500.
Bronchialdrüsen, Durchbruch der — in die Trachea 217; Erkrankung der — 21, 22, 141.
Bronchitis 194.
Bronchoplastik 512.
Bulbärparalyse, Halssymptome bei — 55, 300.
Bursa pharyngea, Krankheiten der — 7, 167; Existenz der — bestritten 278.

## C.

Cachexia strumipriva 184, 406, 407.
Calomel bei Diphtheria 47, 151.
— bei Croup 246.
Canalgase als Ursachen von Catarrh 2, von Diphtherie 175.
Carcinom (vgl. a. Epitheliom, Scirrhus etc.) Allgemeines 364.
— des Kehlkopfs 101, 102, 118, 447, 449.
— der Lunge 385.
— der Mundhöhle 379.
— des Oesophagus 24, 25, 256, 308, 309.
— des Pharynx 385.
— des Rectum 329.
— der Schilddrüse 105, 188, 307, 350.
— der Zunge 91, 92, 380, 485.
Catarrh, postnasaler 7.
Catarrhalische Affectionen der oberen Luftwege 362, 363; Behandlung der — 483, 485, 486.
Catheterismus des Larynx s. Bougirung.
Centralblatt, neues, englisches 272.
Choanen, membranöser Verschluss der — 7, 40.
Chondrom der Parotis 282.
Chorea des Kehlkopfs 58, 149.
Chromsäure bei Nasen- und Rachenleiden 75, 425, 481, 484.
Cocaïn als Anaestheticum und Analgeticum 7, 42, 45, 78, 74, 98, 118, 200, 216, 366, 369, 484; — bei Asthma 485; — bei Diphtherie 444; — bei Glottiskrampf 396; — bei Gaumennaht 486; — bei Heufieber 89, 202, 426; — bei hysterischen Kehlkopflähmungen 395; — bei Schnupfen 124; — bei Tussis convulsiva 460, 461; Vergiftungserscheinungen bei — 74.
Congress, XII. internationaler in Copenhagen 116; die Laryngologie auf dem internat. Congress zu Washington 30, 278, 417.
Conjunctiva (vgl. a. Augenleiden), Affectionen der — bei Nasenkrankheiten 123.
Corticales Kehlkopfcentrum s. Rindencentrum.
Coryza, Aetiologie und Therapie der — 123, 124. 284, 323, 324.
— vasomotoria periodica s. Heufieber.
Cretinismus (vgl. a. Myxoedem, Cachexia strumipriva etc.) 465.
Cricoarytaenoidalgelenk, Entzündung des — 346.
Cricoarytaenoideus lateralis M. (vgl. a. Adductoren), Lähmung des — 403, 415.
Cricoarytaenoideus posticus M. Allgemeines 272; — Lähmung des (doppelseitig) — 57, 148, 169, 250, 251, 258 u. ff., 270, 300, 304, 393 u. ff., 398, 400, 420, 502; — — einseitige 385.
Crises laryngées s. Krise und Tabes.
Croup (s. a. Diphtherie) 14, 48, 53, 135, 179, 191, 245, 246, 294, 295, 337, 500, s. a. Tracheotomie.
Cysten
— der Bursa pharyngea 167.
— des Halses 4, 280, 422 (maligne).
— des Kiefers 422.
— des Kieferbogens 231, 232.
— der Schilddrüse 22, 105, 183, 423, 513.
— der Zunge 208, 290.
— der Zungenbeingegend 232, 422.

## D.

Dermoidcysten
— sublinguale 44.
— der Mundhöhle 44.
Diphtherie (s. a. Croup)
— Allgemeines über — 12, 13, 93, 95 u. ff., 173, 175, 210, 293 u. ff., 331, 381 u. ff., 495 u. ff.
— Statistisches über — 12, 199.
— bei Geflügel 2, 498.
— Aetiologie der — 95, 175, 210, 294, 498.
— Behandlung der — im Allgemeinen (s. a. Tracheotomie) 13, 47, 48, 133 u. ff., 151, 174, 210, 211, 248, 381 u. ff., 441 u. ff.
— der Vagina ohne Halsaffectionen 497.
— Athetosis nach — 499.
— Carbolsäure bei — 439, 441, 497.
— Chinolin bei — 500.
— Chlorwasser bei — 443.
— Epidemieen 13, 96, 210, 382.
— Gangrän bei — 498.
— Hydrog. supraoxydat. bei — 135.
— Jod und Jodkali bei — 47, 443.
— Kal. chlor. c. Acid. mur. bei — 441, 442.
— Liq. ferr. sesquichl. bei — 441.
— Mercurpräparate bei — 134, 382, 439, 440.
— Milchsäure bei — 135.
— Natr. benzoïc. bei — 439, 440.
— Ozon bei — 443.
— Paralysen nach — 13, 98, 176, 295, 382, 445, 498, 499.
— Terpentin bei — 439, 441, 442.
— Tracheotomie bei — (s. Tracheotomie).
Dysphagie (s. a. Oesophagus, Stenose) 46, 55, 351.
Dyspnoë (s. Stenose des Larynx und Trachea).
— spastische 392, 394, 395, 396, 400.

## E.

Einathmungsstrom, Richtung des — in der Nase 6.
Electricität, chirurgische Verwendung der 76.
Electrisches Laryngoscop und Rhinoscop 226.
Electrolyse bei Stricturen 219, 220, 430.
Enchondrom des Larynx 446.
Epiglottis, Defect und Function der — 150.
Epilepsie nach Exstirpation der Schilddrüse 185.
Epistaxis 128, 190, 202, 366, 372, 426.
Epithel, Entwicklung des — in den Luftwegen 52: Wichtigkeit des — in den Luftwegen 120.
Epitheliom (s. a. Carcinom).
— des Kehlkopfs 447, 454.
— des Mundes 92.
— der Nase 41, 329.
— des Oberkiefers 171.
— des Oesophagus 256, 303.
— der Tonsille 132, 494.
— der Unterkiefergegend 161.
— der Zunge 10, 91, 92. 209, 380, 435.
Epulis 434.
Erkältungen, Aetiologie der — etc. 362.
Erysipelas
— des Kehlkopfs 109, 138, 341, 363.
— der Lunge 139.
Erythema exsud. multif. der Mund- und Nasenschleimhaut 376.
Exstirpation des Kehlkopfs (halbseitig und vollkommen) 15, 102, 103, 215, 450, 452, 453, 454, 456.
— des Kropfs s. Schilddrüse.
Ethmoidzellen s. Siebbein.

## F.

Fibrochondrom der Tonsille 494.
Fibrom
— des Kehlkopfs 101, 446.
— des Nasenrachenraums 118.
— der Parotisgegend 424.
— der Trachea 59.
— der Zunge 208.
Fibrosarcom der Nasenhöhle 415.
— der Oberkiefergegend 488.
Fisteln
— des Halses 423.
— des Pharynx 12.
Fractur
— des Schildknorpels 304, 507.
— Aetiologie der — des Kehlkopfs 507.
Fremdkörper
— im Bronchus 21, 217.
— im Duct. Whartonianus 44.
— des Gaumens 172, 437.
— im Larynx 18, 19, 20, 21, 216, 217, 347, 348, 349.

Fremdkörper in der Nase 166.
— im Oesophagus 143, 187, 188, 516, 517.
— in der Trachea 20, 141, 348.
Function des Larynx 110, 114.
Functionelle Neurosen des Larynx (s. a. Reflexneurosen) 191.

## G.

Galvanisation bei Morbus Basedowii 28; bei Kehlkopflähmung 403.
Galvanokaustik bei Nasen- und Rachenaffectionen im Allgemeinen 46, 75, 167, 236, 285, 333, 372, 420, 428.
— bei Diphtherie 444, 499.
— bei Heufieber 285.
— bei Lupus vulgaris 364.
— bei Nasenpolypen 236.
— bei Zahnfleischerkrankungen 376.
Gastrostomie
— bei Krebs des Oesophagus 107, 257, 308.
— bei Fremdkörpern 519.
— bei Strictur des Oesophagus 258, 473.
Gaumen, Krankheiten des — im Allgemeinen 130, 131, 242; — spalten u. deren Operation 46, 171, 209, 436; — Krampf des — 46; Lähmung des — 241, 299; motorische Nerven des — 435; Neubildungen des — 11, 293, 438; Schüsse des — 209; Syphilis des — s. Syphilis; typhöse Geschwüre des — 170; Verfahren zur Darstellung Funktion des — 436.
Gebisse, künstliche, eingekeilt in den Luft- und Speisewegen s. Fremdkörper.
Gehörorgan, Verlust des Gehörs in Folge von Parotitis 161.
Geruchssinn u. Geruchsorgan (s. a. Anosmie) 365.
Gesang s. Stimme
Geschmackssinn, Nerven des — 374.
Gesellschaften, laryngologische
— amerikanische 146.
— französische 414, 417.
Glossitis s. Zunge, Entzündung der —
Graves' disease s. Basedow'sche Krankheit.
Glottisödem s Oedem des Larynx.

## H.

Hämorrhagie (s. Epistaxis, Tonsillotomie etc.).
— der Schilddrüse 22.
Hals, Krankheiten des — 244, 279, 280, 282; Hygiene des — 360; Localisation der Empfindung der Organe des — 268; Tumoren des — (vgl. a. die einzelnen Tumoren) 4, 244, 281, 384, 422, 423.
Heufieber (s. a. Reflexneurosen, Asthma etc.) 195, 202, 284, 285, 369.
Highmorshöhle, Studien über den Ursprung der — 6; Erkrankungen der — 39, 233, 261, 415, 487; Neubildungen der — 238, 488.
Hospital, -Berichte 32, 33, 34, 35, 199, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 496, 516; Gründung eines neuen — für Halskrankheiten in London 417.
Husten, Behandlung des — 57, 457; ungewöhnliche Ursachen des — 57.
Hydrargyrose, localisirte und deren laryngoscopische Diagnose 222, 223, 224, 225.
Hydrastis bei Hals-, Augen- u. Ohrenkrankheiten 77.
Hydrophobie, Rachen- und Kehlkopfsymptome bei — 58.
Hypoglossus, Nervus 9; Lähmung des — 374.

## I.

Inhalationen und Inhalationsapparate 77, 98, 200.
Instrumente (s. a. electrische Laryngoscope etc.)
— für den Kehlkopf 18, 76, 77, 153, 182, 212, 213, 226, 227, 248, 253, 263, 347, 483, 506, 510.
— für Mund, Zunge, Rachen- und Nasenrachenraum 8, 38, 47, 61, 65, 152, 227, 235, 236, 334, 490, 491.
— für die Nase 40, 75, 76, 77, 129, 165, 166, 191, 201, 206, 207, 286, 326, 432.
— für den Pharynx 47, 75.
— für die Trachea 102, 181, 446, 456, 509 (Tamponcanülen).
— Conservirung der — 178.

## J.


Jahresberichte s. Hospitalberichte.
Jodol bei Larynxtuberculose 390.


## K.


Kali chloricum, Vergiftung durch — 178.
Kehlkopf s. Larynx.
Keuchhusten s. Tussis convulsiva.
Keilbeinhöhle, Krankheiten der — 145, 233.
Kiemenbogen beim Menschen 231.
Krampf s. Spasmus.
Krebs s. Carcinom, Epitheliom etc.
Krisen, laryngeale bei Tabes s. Tabes.
Kropf (s. a. Basedow'sche Krankheit, Cretinismus, Cachexia strumipriva, Myxoedem, Schilddrüse).
— Allgemeines über — 22, 104, 105, 186, 307, 349, 465, 466, 513, 515, 516.
— Arterienunterbindung zur Heilung des — 467.
— Ergotin gegen 514.
— Carbol-Jodinjectionen gegen — 514.
— Phtholacca decandra gegen — 514.
— Exstirpation des — 118, 142, 184, 186.
— Epilepsie nach Exstirpation des — 185.
— Tetanie nach Exstirpation des — 185.
— Tracheotomie bei — 142, 184, 350, 408.


## L.


Lanolin 75.
Laryngitis
— acute 14, 191, 338.
— chronische 14, 341.
— hämorrhagische 137, 338, 420.
— hypertrophische 385.
— oedematöse s Larynxoedem.
— phlegmonöse 338, 501.
— sicca 267, 502.
— typhöse 53.
Laryngocele 384.
Laryngologie
— Bureau für — beim August-Meeting der Brit. Med. Assoc. in Dublin 417.
Laryngologie
— Einrichtung eines Cursus der — in Genf 316.
— Fortschritte der — 36, 38, 211.
— Geschichte der Fortschritte der — 31.
— Geschichte der — 383.
— Stellung der — bei der Brit. Med. Assoc. 356.
— — in Belgien 197.
— — in Italien 71.
— — in Polen 421.
— — in Russland 481.
— — in Skandinavien 359.
— — in Spanien 317.
— — in der Schweiz 229.
Laryngologische Gesellschaft s. Gesellschaften.
— Section s. Congress u. Naturforscherversammlung.
— Lehrbücher 422.
— Literatur in den ersten 6 Monaten 1886 198.
— Mittheilungen aus der Praxis 117, 212.
— Poliklinik 33, 117, 360.
— Revue 37.
— Vorlesungen über — und Nasenkrankheiten 221, 318, 417.
Laryngoscopie 383, 384, 420.
— Leitfaden der — 33, 189.
Laryngotomie (s. a Thyreotomie) 181, 252, 420, 506, 507.
Larynx, Krankheiten des — im Allgemeinen (vgl. a. die einzelnen Leiden, z. B. Tuberculose, Syphilis etc.) 2, 18, 36, 54, 55, 178, 181, 182, 305, 391, 392.
— bei Morbilli 501.
— -Neubildungen (s. a. die einzelnen Geschwulstformen) 15, 22, 100, 101, 181, 193, 214, 215, 420, 445, 446.
— -affectionen, path.-anat. Präparate derselben 414.
— — Wachsmodelle derselben 227.
— muskeln, Wirkung des Aethers auf dieselben 296, 297, 298, 358.
— Functionsstörungen des — bei Erkrankungen d. Centralnervensystems 56.
Lepra des Kehlkopfs 16, 193, 436.
— der Nasenhöhle 200.
— Vorlesungen über — 364.
Leukoplakia buccalis 375, 434.
Lichen planus 43, 168, 376.
Lippenhypertrophie 375.
Luftwege, Krankheiten der — im Allgemeinen 2, 119, 200, 483.

Luftwege, Einfluss von Gasen u. Dämpfen auf die — 120.
— Neuere Heilmittel bei Krankheiten der — 151.
— Chirurgische Behandlung der — 2.
Lupus
— des Kehlkopfs 15, 146, 179, 193, 346.
— der Nasenschleimhaut 206.
— des Pharynx 98, 239.
Lymphadenom 282, 423.
Lymphdrüsen (s. a. Bronchialdrüsen), chirurg. Behandlung der — durch Ignipunctur 423.
— Hyperplasie der — 131.
Lymphosarcom des Mediastinum 302.
Lyssa s. Hydrophobie.

## M.

Maden in Nase u. Ohr 330.
Malleus s. Rotz.
Mandel s. Tonsille.
Melanosarcom des harten Gaumens 438.
Menthol als Schnupfenmittel 124.
— bei Larynxtuberculose 265.
Mercurpräparate bei Diphtherie 134, 151, 382.
— bei Syphilis 200.
— Erscheinungen bei — im Munde 207.
Mikroorganismen (s. a. Bacillus, Mycosen etc.)
— bei Erysipelas laryngis 138, 179, 341.
— bei Lupus 206.
— im Mund 434.
— in der Nase 124 (Pneumoniekokken).
— bei Ozaena 6.
— — (Prioritätsstreit um die — 426).
— bei Pertussis 458.
— — im Pharynx 45.
— bei Phthisis laryngea 266, 385, 387, 390, 503.
— bei Rhinosclerom 205, 373, 374.
Milchsäure
— bei Diphtherie 135.
— bei Larynxtuberculose 99, 348, 387, 389, 390, 414.
— bei Rhinosclerom 373.
Mineralwasser bei Ohren-, Hals- und Brustkrankheiten 3, 45.
Missbildungen (s. Anomalien) 365.
Motorische Kehlkopfstörungen s. Paralyse, Spasmus etc.
Mund, Krankheiten des — 43, 168, 360.
— Defecte des — 48.
— Epithel des — von Salamandra maculata 207.
— Prophylaxe der Krankheiten des — 377.
— Tumoren, maligne des — 242, 243.
Muskeln des Kehlkopfs (s. Adductoren, Cricoarytaenoideus posticus etc.)
Mycosen (s. a Mikroorganismen)
— des Larynx 341.
— des Mundes 376.
— des Pharynx 45.
Myxoedem (s. a. Cachexia strumipriva, Cretinismus, Kropf, Schilddrüse) 186, 187, 255, 408, 409, 480.
Myxom der Nase s. Nasenpolypen.
— des Kehlkopfs 446.

## N.

Nase, Krankheiten der — im Allgemeinen 67, 70, 126, 189, 323, 415.
— Bedeutung der — für die Athmung 283.
— Digitaluntersuchung der — 125.
— Handbuch der Krankheiten der — 27, 107, 189, 354.
— Instrumente der — s. Instrumente.
Nasencatarrh (s. a. Coryza, Rhinitis etc.) 39, 81, 82, 124, 125, 190, 200, 201, 288, 367, 368.
Nasendrüse, septale 5.
Nasenhusten s. Reflexneurosen.
Nasenmuscheln (s. a. Reflexneurosen),
— Hypertrophie der — 165, 372.
— Tumoren der — 427.
— polypen 204, 286, 325, 326, 426, 427.
Nasenscheidewand, Krankheiten der — im Allgemeinen 163.
— Abscess der — 165.
— Defecte der — 430.
— Deviation der — 40, 162, 163, 164, 327, 328, 428, 429.
— Hämatom der — 205.
— Neubildungen der — 164, 165, 328.
— Ulceration der — 40.
Nasenschleimhaut, Drüsen der — 122.
— Adenoides Gewebe der — 122.

Nasenschleimhaut, Aetiologie der Schwellung der — 124.
Nasenrachenraum (s. a. adenoide Vegetationen, Bursa pharyngea).
— Catarrh des 234, 487.
— Neubildungen und Polypen des — 8, 69, 236, 237, 242, 289, 420, 431.
Naturforscherversammlung, deutsche, Programm der laryngologischen Section der — 115; Verhandlung der laryngolog. Section der 59. deutschen — 225—228 u. 258—271: Ausstellung von Instrumenten bei — 226.
Nebenhöhlen der Nase (s. Highmorshöhle, Sinus frontalis etc.), Empyem der — 488.
Necrologe 316 (Edwyn Andrew), 419 (A. Böcker), 522 (W. Hack).
Necrose der Nasenknochen 432.
Neoplasmen s. Neubildungen.
Nerven des Kehlkopfs (vgl. Accessorius, Vagus, Recurrens etc.), Experimente an den — 8, 258, 259.
— secretorische — der Nuck'schen Speicheldrüse 9.
Nervöser Husten s. Husten.
Neubildungen s. unter den einzelnen Organen (z. B. Larynx, Zunge etc.) und Geschwulstformen (z. B. Carcinom, Papillom etc.).
— der Parotisgegend 425.
Neurosen (s. a. Reflexneurosen) bei Nasen- und Rachenkrankheiten 371, 374.
— des Respirationsapparates 154.
Niesskrampf vgl. Reflexneurosen.

## O.

Oedem des Larynx im Allgemeinen 213, 339, 502.
— — beim Abdominaltyphus 305.
— — acutes 46, 212, 213, 153, 179, 502.
— — angioneurot. Ursprungs 262, 339.
— — chronisches 502.
— — beim Larynxabscess 338, 501.
— — bei Nephritis 46.
— — bei Pharyngitis acuta 212.
— — bei Pneumonie 501.
— — bei Syphilis des Larynx 212.
— — der Uvula 45, 46.
Oesophagotomie (interne u. externe) 143, 144, 516, 518.
Oesophagus (s. a. Instrumente u. Gastrostomie).
— Krankheiten des — im Allgemeinen 106, 351.
— Catheterismus des — 469.
— Diphtherie des — 353.
— Fremdkörper im — s. Fremdkörper.
— Krampf des — 469.
— Ruptur des — 144.
— Strictur des — (s. a. Stenose) 106, 258, 469, 470, 471, 472, 474.
— Behandlungsweise der — — 473.
— Tuberculose des — s. Tuberculose.
— Varix des — 105, 352.
Ohrenleiden bei Parotitis 161.
— bei Schulkindern 322.
Operationen, Principien bei — in der Nase 431.
Ozaena 6, 127, 285, 324, 325, 426.
— Ohrcomplicationen bei — 519.

## P.

Papillom
— des Kehlkopfs 100, 445, 453.
— der Luftröhre 100.
— des Stimmbandes 181.
Paralysen des Larynx (s. a. Accessorius, Contractur, Recurrens, Vagus, Tabes etc.) 251, 298, 402 (trügerische).
— bei Aneurysma aortae 57, 300, 301, 302, 404.
— centralen Ursprungs 400.
— hysterische 395.
— nach Kropfexstirpation 188.
— bei Lues 299.
— des Vagus 404.
Parasiten in Ohr u. Nase 330.
Parotis
— Beziehungen der — zu den Generationsorganen 424.
— Entzündung der — 160, 284, 424.
— Exstirpation der — 425.
— Neubildungen der — 161, 283.
Pemphigus, Betheiligung der Respirationsorgane beim — 3, 159.
Perichondritis des Kehlkopfs
— nach Abdominaltyphus 22, 212, 305, 505.
Pertussis s. Tussis convulsiva.
Pharyngitis
— granulosa 46, 366.
— phlegmonosa 282.
— sicca bei Diabetes mellitus 363.
Pharyngocele 245.

Pharyngotomia lateralis 243.
— subhyoidea 245.
Pharynx
— Neubildungen des — 244.
— Nystagmus des — 391.
— Ruptur des 172.
Phlegmone, gangränöse des Kehlkopfs 420.
— der Regio subhyoidea 428.
— retrolaryngeale 17.
Phonation, Experimentelle Studie über 309, 314.
Phthisis s. Tuberculose.
Pilocarpin bei Croup 48, 176, 484.
— bei Diphtherie 211, 284.
Pilze des menschlichen Mundes 434.
Polypen vgl. unter den einzelnen Geschwulstformen und Organen.
Posticus s. Cricoarytaenoideus posticus.
Pseudomembranen s. Diphtherie.
Pyridin gegen Asthma 485.

## Q.

Quecksilberpräparate s. Diphtherie, Mercurpräparate, Sublimat etc.

## R.

Rachen (s. a. Pharynx, Nasenrachenraum, Angina etc.), Krankheiten des — im Allgemeinen 7, 69, 168.
— -tonsille s. adenoide Vegetationen.
— Studie über die — 60—66.
Ranula 378.
— acute 44.
Recurrens, Nervus (s. a. Nerven des Kehlkopfs etc.), Function des — 148, 295, 296.
— Lähmung des — 186, 416.
— Verhältniss des — zur Art. thyreoid. inf. 467.
Reflexneurosen, von der Nase und dem Schlund ausgelöst 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 118, 202, 203, 285, 370, 420, 426, 431.
— Specielle Formen von —:
Aphonie 395.
Aphonia spastica 260.
Asthma 78, 84, 85, 86, 369, 370.
Augenleiden 82, 83.
Chorea 236.
Heufieber 85, 86, 87, 89, 284, 369.
Reflexneurosen
— Specielle Formen von: —
Husten 288.
Kopfschmerz (Migräne, Occipitalneuralgie) 81.
Niesskrampf 83, 86, 369.
Regio olfactoria, Drüsen der — 5; Epithel der — 121.
Retronasalkatarrh 269.
Rheumatismus artic. acutus, Halserscheinungen bei — 178.
Rhinitis (s. a. Coryza, Ozaena etc.).
— chronica 127.
— sympathetica s. Reflexneurosen.
Rhinolithiasis 7, 206, 270, 380, 432, 433.
Rhinologie, Casuistik zur — 7, 365; Notizen zur — 38, 431: Revue der — 37, 38, 365.
Rhinoplastik 433.
Rhinosclerom 6, 204, 205, 372, 373, 374, 428.
Rhinoscopie, Leitfaden der — 38, 189.
Rindencentrum, phonatorisches 299.
— Demonstration des — in der Londoner neurologischen Gesellschaft 480.
Ringknorpel, Dislocation des — 304.
Rotz 159.

## S.

Salicylsäure, Einspritzungen in die Trachea gegen Tuberculose 99.
Sarcom (s. a. Lympho-, Fibrosarcom etc.).
— des Gaumens und Pharynx 171, 244.
— des Halses 281.
— der Nase 427.
— der Schädelbasis 237.
— der Schilddrüse 183, 350, 425.
— der Unterkieferdrüse 161.
— der Zunge 92, 118.
Scarificationen bei Larynxödem 153, 212.
Scarlatina, Halsaffectionen bei — 175, 199, 213, 333; pathologische Anatomie der — 363.
Schanker s. Syphilis.
Scharlachfieber s. Scarlatina.
Schilddrüse (vgl. a. Cretinismus, Kropf, Myxödem, Cachexia strumipriva etc.).
— Exstirpation der — 255, 405, 406, 409.
— Morphologie der 462.
— Neubildungen der — s. Kropf und unter den einzelnen Geschwülsten.

Schilddrüse, Pathologie der — 463.
— Physiologie der — 182, 404, 463.
— Ueberzählige — bei Hunden 103.
Schwammoperation bei Kehlkopfpolypen 181, 255, 347.
Separatabdrücke, Bitte um — 418.
Septum narium s. Nasenscheidewand.
Siebbeinlabyrinth, Mucole des — 41.
Sinus frontalis, Erkrankungen des — 234, 488, 489.
— maxillaris s. Highmorshöhle.
Soor bei gesunden Erwachsenen 376.
Spasmus glottidis 59, 249, 250.
— — des Oesophagus 469.
Speichelstein 44, 378, 379.
Speiseröhre s. Oesophagus.
Sprachstörungen 28, 121, 169, 178.
Sprayapparat 18.
Sputum, Eine praktische Abhandlung über das — 314, 315.
Stammeln 52, 97, 271.
Stimmbildung s. Rhinolith, Speichelstein etc.
Stenose
— der Bronchien 306.
— des Larynx 15, 17, 18, 139, 216, 305, 402, 403, 420, 503, 504, 505, 508.
— der Nase 420, 430, 431, 432, 506.
— des Oesophagus 24, 25, 26, 60, 187, 218, 219, 220, 221, 308, 472.
— des Pharynx 12, 242, 437.
— der Trachea 182, 254, 306.
— des Vomer 40.
— Behandlung der — 26.
Stimme, Aenderung der — bei Lungentuberculose 342; — bei Prostituirten 52; Experimentelle Studien über die — 309, 314; Pathologische Anatomie der — 383; ein Saiteninstrument 212; Trügerischer Werth der — für die Diagnose der Larynxkrankheiten 384.
Stimmbänder, Hypertrophie der falschen — 53, 55; Lähmung der — 56, 148, 299, 301, 303, 351, 403, 415, 513; Schwingungen der — 177; Verwachsung der — 54.
Stimmbandmuskeln (vgl. a. die einzelnen Muskeln), Contracturen der — 300, 301 (vgl. a. Adductorencontractur).
Stimmorgane, Hygiene der — 410, 411, 412, 413.
Stomatitis aphthosa 377, ulcerosa 42, 377.
Strictur s. Stenose.
Struma s. Kropf.
Stummheit, hysterische 248.
Sublimat (s. a. Mercurpräparate)
— bei Diphtherie 151, 191, 382.
— bei ulceröser Rhinitis 325.
Syphilis
— Allgemeines über — 364, 494.
— hereditaria tarda 119.
— der Bronchien 306.
— des Larynx 15, 100, 179, 200, 204, 344, 345, 346, 384, 503 (hereditaria).
— der Nase 40, 200, 204.
— der Orbita 489.
— des Rachens, Mundes und Gaumens 11, 92, 242, 334, 415, 438 (primär), 503.
— der Tonsille 133, 334, 335, 494.
— der Trachea 182, 306.
— der Zunge 153.
— Pathologie und Therapie der — 54, 119.
System der praktischen Medicin 189.

## T.

Tabes dorsalis, laryngeale Krisen bei — 56, 57, 396 u.ff.
— Lähmung der Abductoren bei — 57, 250, 396 u.ff.
— Ataxie der Stimmbänder bei — 56.
— Adductoren-Contractur bei — 56, 397.
Tamponade der Nase 128.
— der Trachea 102, 181, 446, 456, 509.
Terpenthin bei Ozaena 325.
— bei Diphtherie 439, 441, 442.
Theer bei Diphtherie s. Diphtherie.
Thymusdrüse, Hyperplasie der — 121.
Thyreotomie bei Kehlkopfneubildungen 181.
Tonsille (s. a. Rachentonsille) 331, 492.
— Abscess der — 494.
— Anomalieen der — 330.
— Entzündung der — 132, 239, 333, 334, 493, 521 (im Pubertätsalter).
— Differentialdiagnose von Diphtherie 240.
— Zusammenhang mit Rheumatismus 329.
— Fibrochondrom der — 494.
— Hyperplasie der 131, 132.
— Lymphbahnen der — 492.
— Metastasen bei — 241.
— Morphologie der — beim Menschen 492, bei Thieren 492.
— Parese bei — 241.

Tonsillitis s. Entzündung der —
Tonsillotomie 133, 134, 494.
Tonvorstellungen 176.
Trachea
— Abscesse der — 266.
— Excision der — 59.
— Injectionen in die — 59, 99.
— Neubildungen in der — 60, 495.
— Pseudomembranen in der — s. Pseudomembran.
— Tamponade der — 102, 251, 446, 456, 509.
Tracheocele 268.
Tracheotomie
— Allgemeines 252, 253, 254, 508.
— -canülen 252, 253.
— Complication der — 254.
— ohne Canülen 508.
— bei Diphtherie und Croup 15, 16, 51, 192, 193, 246, 247, 508, 509.
— bei Fremdkörpern 19, 20, 216, 348, 349.
— bei Haemoptoë 253.
— Instrumente zur — s. Instrumente.
— bei Laryngitis phlegmonosa 501.
— bei Lupus des Larynx 15.
— bei Neugeborenen 252.
— bei Neubildungen 101, 181, 448.
— bei Syphilis des Larynx 179.
— bei Stenose des Larynx 212, 254, 503, 504, 508.
— bei Tabes 399.
— bei Tuberculose des Larynx 264, 502.
— bei typhoiden Kehlkopfaffectionen 53, 212.
— bei Oedem des Larynx 46, 53, 253, 339, 494.
— Granulationsstenosen. der — 511.
Trigeminus, N. (vgl. a. Reflexneurosen)
— vaso-dilatatorische Fasern des — 5.
Trypsin bei Diphtherie 137.
Tubage s. Bougirung.
Tuberculose (s. a. Bacillus)
— im Allgemeinen 99.
— des Gaumens 171, 292.
— des Geflügels 2.
— des Kehlkopfs 14, 93, 98, 214, 264, 341 u. ff., 375, 384, 385 (primäre), 386, 387, 391, 414 (chirurgische Behandlung der —) 502, 508.
— der Lungen 99, 502.
— des Mundes 129, 130, 150, 375.
— des Oesophagus 98, 353.
— des Pharynx 93, 241, 381, 487.
Tuberculose der Schilddrüse 466.
— der Zunge 169, 290, 291, 434, 435.
— Spucknapf für — 99.
Tumoren s. Neubildungen.
Tussis convulsiva 58, 250, 457 u. ff.

## U.

Uranoplastik s. Gaumen.
Uvula, Oedem der — 45, 46; Tod nach Excision der — 172.

## V.

Vagus, N. (s. a. Nerven, Innervation, Reflexlähmung etc.)
— Compression des — durch Lymphdrüsen 251.
— affectionen als Ursachen von Kehlkopfsymptomen 302.
— schmerz auf Druck bei Tabes 396.
— läsionen, Behandlung derselben 251.
Varix aneurysmaticus colli 119.
Ventriculus laryngis, Prolaps des — 152.
Verbrennung und Verbrühung des Larynx 340.
Verwachsung des Velum mit der hinteren Pharynxwand 121, 180, 240.
Vomer, Necrose des — 165.

## W.

Winterklima, alpines 361.
Würmer in der Nase 330.

## Z.

Zähne, Anomalieen der — 329.
— Krankheiten der — im Allgemeinen 168.
Zahnfleischaffectionen 376.
Zottengeschwulst einer accessorischen Schilddrüse 308.
Zunge, Krankheiten der — im Allgemeinen 9, 10, 207, 379.
— Abnorme Beweglichkeit der — 90.

Zunge
— Abscess der — 208, 339.
— Angiom der — 289.
— Entzündung der — 11, 208, 288, 289, 339.
— Excision der — (s. a. Carcinom, Epitheliom etc.) 109, 380.
— Geschwüre der — 10, 90, 434.
— Hemiatrophie der — 169, 379, 416.
— Hypertrophie der — 434.
Zunge
— Krampf der — 90.
— Krebs der (s. a. Carcinom etc.) 91, 92.
— Lähmung der — 299.
— Neubildungen der — 208, 290.
— Pigmentation u. schwarze Verfärbung der — 287.
— Syphilis der — 91.
— Tuberculose der — 290, 291.
Zungenbein, Cysten des — 422.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

